



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A
ANGIOPLASTIA POR SCA E À FAMÍLIA**

Luís Carlos Martins de Almeida

Lisboa
2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A
ANGIOPLASTIA POR SCA E À FAMÍLIA**

Luís Carlos Martins de Almeida

Orientadora: Professora Maria Teresa Leal

Lisboa
2017

(Não contempla as correções resultantes da discussão pública)

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several thick, curved, green lines that sweep upwards and to the right, resembling a stylized wave or a series of overlapping pages.

Ultrapassar obstáculos é o prazer pleno da existência,
sejam eles de tipo material,
como nas ações e nos exercícios,
sejam de tipo espiritual,
como nos estudos e nas investigações.
A luta contra as adversidades e a vitória tornam o homem feliz.

Schopenhauer (1985) *in* Aforismos para a sabedoria de Vida

Os meus mais sinceros agradecimentos,

A todos aqueles que sempre acreditaram,

A todos que se cruzaram comigo neste percurso,

A todos aqueles que contribuíram para o sucesso do mesmo.

Com especial consideração,

Às instituições e equipas de saúde onde desenvolvi os estágios, salientando os orientadores de estágio e chefes de serviço pelo agradável acolhimento e pelas aprendizagens facultadas;

A todas as pessoas e familiares a quem tive o privilégio de prestar cuidados;

Aos meus amigos pelo constante apoio e incentivo;

À Professora Maria Teresa Leal pelo acompanhamento, orientação, incentivo e persistência que permitiram a conclusão deste trabalho;

À minha irmã por todo o apoio e tempo dispensado na tradução de artigos;

Aos meus pais e família pela preocupação e incentivo constante;

À minha companheira de vida, Carina Oliveira, pelo amor incondicional, pela constante dedicação, apoio e partilha nesta longa e por vezes difícil jornada.

LISTA DE SIGLAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

BIA – Balão Intra-aórtico

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento de ST

EAMSST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento de ST

ECG – Eletrocardiograma

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCS – Prevenção Cardíaca Secundária

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SAV – Suporte Avançado de Vida

SH – Serviço de Hemodinâmica

SU – Serviço de Urgência

SV – Sinais Vitais

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVC – Via Verde Coronária

RESUMO

As doenças cardiovasculares, nomeadamente os SCA ainda são uma das principais causas de morte em Portugal e na Europa, sendo também uma importante causa de incapacidade, limitando a mobilidade e degradando a qualidade de vida da pessoa. Face à magnitude das doenças cardíacas, foi realizada uma revisão da literatura onde se enquadra a doença coronária, por forma a compreender melhor e fundamentar este relatório de estágio em evidência científica atual.

Na elaboração deste relatório de estágio foi estabelecido como objetivo: descrever e refletir sobre as intervenções desenvolvidas e as experiências vivenciadas, no decorrer dos estágios desenvolvidos em diversas unidades de saúde, que teve como foco principal a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica submetida a angioplastia por SCA e à família. Este processo de aprendizagem pretendeu acompanhar o circuito percorrido pelo doente, que se inicia no serviço de urgência, passa pelo serviço de hemodinâmica e, posteriormente, pelo internamento na unidade de cuidados intensivos, culminando no processo de transição para a alta.

Durante os estágios foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com SCA, submetida a angioplastia, focando, essencialmente, as minhas intervenções na resposta apropriada, antecipada e fundamentada a situações de instabilidade hemodinâmica, na prevenção e diagnóstico de complicações cardiovasculares, na promoção de bem-estar e conforto, integrando a família no processo de cuidar, com vista à adaptação ao processo de transição saúde-doença, para o doente e família.

Por fim, em virtude da proximidade com o doente e família, também consolidei a minha intervenção, com base numa postura ética e de respeito, o que se revelou facilitador na prestação de cuidados de enfermagem e na capacitação para a adaptação ao(s) processo(s) de transição vivenciados pelo doente e família.

Ao longo dos estágios, foi desenvolvida perícia clínica, integrando uma análise crítico-reflexiva, que neste relatório, foi enquadrada à luz da teoria de Afaf Meleis.

Palavras-Chave: Enfermagem; SCA; Angioplastia; Transição para a alta; Família.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases, especially Acute Coronary Syndrome (ACS), are still a leading cause of death in Portugal and Europe, and are also a major cause of disability, limiting mobility and degrading a person's quality of life. In view of the magnitude of heart disease, a review of the literature describing coronary heart disease was carried out, in order to better understand and ground this internship report in current scientific evidence.

In the preparation of this internship report it was established as objective: to describe and reflect on the interventions developed and the experiences lived, during the internship carried out in various health units, whose main focus was the provision of specialized nursing care to the patient in critical situation submitted to angioplasty due to ACS and the respective family. This learning process was intended to accompany the patient's pathway, which starts in the emergency department, goes through the hemodynamic service and, later, through the intensive care unit, finishing in the process of transition to discharge.

During the internships, skills were developed to provide care to people in critical condition with ACS undergoing angioplasty, focusing essentially on my interventions in the appropriate, anticipated and substantiated response to situations of hemodynamic instability, in the prevention and diagnosis of cardiovascular complications, in the promotion of well-being and comfort, integrating the family in the care process, with a view to adaptation to the process of health-illness transition, for the patient and family.

Finally, because of the proximity to the patient and family, I also consolidated my intervention, based on an ethical and respectful attitude, which proved to help in the provision of nursing care and in the capacity to adapt to the process(es) experienced by the patient and family.

Throughout the stages, clinical expertise was developed, integrating a critical-reflexive analysis, which in this report was framed in light of Afaf Meleis theory.

Key-words: Nursing; ACS; Angioplasty; Care transitions from hospital to home; Family.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	21
1.1. Via Verde Coronária.....	22
1.2. O Protocolo de Triagem de Manchester no reconhecimento precoce do SCA	23
1.3. A intervenção especializada do enfermeiro no Serviço de Urgência.....	25
2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA.....	27
2.1. Reperusão Cardíaca	27
2.2. A intervenção especializada do enfermeiro no Serviço de Hemodinâmica	29
3. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	31
3.1. Prevenção Cardíaca Secundária no SCA.....	31
3.2. A intervenção especializada do enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos.....	33
4. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA.....	35
5. A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA.....	37
PARTE II – TRABALHO DE CAMPO	
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
1.1. No Serviço de Urgência.....	41
1.2. No Serviço de Hemodinâmica	47
1.3. Na Unidade de Cuidados Intensivos.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ANEXOS

Anexo I – Certificado de competência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Anexo II – Certificado de participação no III Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto

Anexo III – Certificado de participação com preleção no I Workshop de Enfermagem na Cardiologia: da Prevenção à Reabilitação

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é o culminar de ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC), que foi desenvolvido ao longo de três semestres, sob orientação da Professora Maria Teresa Leal.

De acordo com o plano de estudos do curso do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em PSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), emerge a necessidade da realização de estágios que constituem matrizes para a construção e desenvolvimento de competências. Durante a sua realização foquei-me no desenvolvimento de competências especializadas, baseadas em evidência, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, com particular destaque àquelas que são submetidas a angioplastia coronária por síndrome coronário agudo (SCA) e à família, desde a hospitalização até ao momento da alta, ou seja, desde a entrada no serviço de urgência (SU), passando pelo serviço de hemodinâmica (SH) e em contexto de internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) e no serviço de enfermaria da Cardiologia.

O tema que se associa então à realização deste relatório são as **Intervenções de enfermagem especializadas à pessoa em situação crítica submetida a angioplastia por SCA e à família.**

A escolha da temática, inicialmente em forma de projeto de estágio e agora em forma de relatório de estágio, surge por ser uma problemática atual e do meu especial interesse. No meu contexto laboral atual constato que o número de pessoas que dão entrada pelo SU com dor torácica e a quem é diagnosticado SCA, tem vindo a aumentar. Na maioria das vezes, pela indefinição do quadro, que não possibilita de imediato o diagnóstico, as PSC permanecem no SU. Mas quando é diagnosticado um enfarte agudo do miocárdio (EAM) ou alterações visíveis no eletrocardiograma (ECG) associado a dor torácica, estes doentes são encaminhados de imediato para o SH e daí deveriam seguir para a UCI. Contudo, nos últimos anos, por falta de vagas na UCI, alguns doentes submetidos a angioplastia regressam ao SU, onde podem permanecer por poucas horas ou até vários dias, até à transferência para a UCI ou terem alta para o domicílio.

No SU torna-se difícil cuidar de forma adequada e com a qualidade de cuidados que estes doentes requerem, devido ao elevado rácio enfermeiro/doente e à falta de formação específica dos profissionais do serviço para a prestação de cuidados especializados ao doente submetido a angioplastia coronária, ou para prestar cuidados eficazes, em tempo útil e com qualidade.

Antes da realização dos Estágios sentia algum receio e preocupação na prestação de cuidados a estes doentes, pelo rácio de doentes (no serviço de observação do SU é de 8 doentes para 1 enfermeiro), ou pela sua especificidade e complicações associadas à técnica, mas também pelo meu défice de conhecimentos nesta área. Contudo, neste momento, após a realização de Estágios direcionados para esta temática, sinto-me capaz de prestar cuidados específicos e ainda ser agente de mudança e formação para os restantes enfermeiros no SU.

Contextualizando, nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares têm constituído a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal. As doenças do aparelho circulatório, que na década de oitenta originavam quase 45% dos óbitos, embora continuem a ser a principal causa de morte têm vindo a decrescer, representando 30% em 2012. Segundo o Programa Nacional para as doenças cerebrovasculares (2016) da Direção Geral da Saúde (DGS), em 2013 faleceram 6526 pessoas por doença isquémica do coração, das quais 4292 por EAM. Contudo, numa análise mais profunda dos dados, verifica-se que o número de óbitos por EAM tem diminuído nos últimos anos (Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2016).

Possivelmente esta redução está associada ao aumento do número de angioplastias realizadas no mesmo período de tempo, pois segundo dados da mesma entidade, passou-se de 2829 angioplastias em 2010, para 3641 em 2014, com uma variação de 28,7% (Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2016). Ou seja, um dos fatores preponderantes para a diminuição de óbitos por EAM pode estar intimamente relacionado com o número crescente de angioplastias.

Importa salientar que a pessoa a quem é diagnosticado um SCA, habitualmente, está a vivenciar um evento crítico e súbito, caracterizado pelo surgimento de sintomas específicos, que o faz pensar que a sua vida pode estar em risco. Pois as doenças cardiovasculares são uma importante causa de incapacidade, limitando a mobilidade e degradando a qualidade de vida. Para a Enfermagem esta

temática é relevante, pois ter enfermeiros com competências e conhecimentos aprofundados sobre os cuidados a prestar aos doentes com SCA submetidos a angioplastia, contribuem para o desenvolvimento duma prática crítica, eficaz, segura e adequada.

O surgimento de uma doença cardíaca súbita num membro da família, afeta todos os membros e relacionamentos familiares, podendo levar a uma mudança na organização da mesma. Isto porque a família está intrinsecamente envolvida no processo de saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente hospitalizada, assim como no processo de transição para casa (Rodrigues, 2013). Voltar para casa após um internamento hospitalar por EAM pode desenvolver sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, medo e stress emocional, tanto para o doente, como para os seus familiares. Neste contexto, a educação em saúde é uma estratégia importante para estimular e influenciar o comportamento, visando promover mudanças de hábitos e do estilo de vida.

Assim, é exigido ao enfermeiro especializado em PSC competências específicas para lidar com as situações emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, envolvendo a própria pessoa e a família, que acaba por vivenciar alterações no seu quotidiano e também da sua própria saúde (Ordem dos enfermeiros, OE, 2011).

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização PSC da ESEL foi organizado da seguinte forma: nos dois primeiros semestres tive formação teórica e teórico-prática e no 3º semestre tive formação clínica. Assim realizei um estágio de aproximadamente 500 horas, que de acordo com o plano de estudos tem como objetivo permitir o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas em enfermagem. Este processo culmina com a elaboração deste relatório, que pretende traduzir o desenvolvimento de capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de uma área de saber específico, assim como demonstrar as competências adquiridas e desenvolvidas, alicerçadas em teoria de enfermagem e em evidência científica pertinente.

Os objetivos estabelecidos pela ESEL (2010, 2014) para o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização PSC, são: ser capaz de participar na produção de conhecimento novo, desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE), promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a

liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem.

Para o desenvolvimento destas competências foi necessário adquirir saberes, assim como, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolvendo um espírito crítico-reflexivo para me ajudar a mobilizar os conhecimentos; aprofundar conhecimentos que permitam uma melhor adaptação a novas situações e consequentemente melhorar a resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

Este processo formativo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências visa: o desenvolvimento do conhecimento que sustentou e sustente a prática de enfermagem; compreensão aprofundada sobre os conceitos atuais de saúde, doença e cuidar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde, tendo por base as dimensões ética, política, histórica, social e económica; saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos inovadores que reflitam e questionem práticas de enfermagem (ESEL, 2014).

De acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação da Direção Geral Ensino Superior (2008), este processo de aprendizagem pretende que os estudantes desenvolvam competências de autoaprendizagem, ao nível do conhecimento e capacidade de compreensão, e os apliquem de modo a emitir juízos e reflexões na sua área de desenvolvimento profissional, comunicando-os adequadamente.

A conclusão do curso de mestrado em Enfermagem visa também facultar a possibilidade dos futuros Mestres requererem à OE o título profissional de Enfermeiro Especialista nesta área clínica (OE, 2010b).

O investimento, o conhecimento, o julgamento crítico e o empenho numa determinada área de enfermagem promovem uma enfermagem de excelência, sendo importante que os enfermeiros invistam na sua formação e na investigação, a fim de desenvolver competências que lhes permitam cuidar da pessoa de forma capaz e eficiente. Desta forma, a aquisição e desenvolvimento de competências seguirá o modelo de aquisição de competências, baseado em Dreyfus, proposto por Benner (2001), segundo o qual um estudante, para adquirir uma habilidade, passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

De forma a desenvolver conhecimentos baseados em evidência sobre a temática definida, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL), através da análise de artigos científicos que dão suporte para a tomada de decisão e potenciam a melhoria da prática clínica. Para Souza, Dias, & Carvalho (2010) a RIL é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que permite a inclusão de estudos de diversas tipologias para a compreensão completa e alargada da temática analisada. Como forma do enfermeiro saber como obter, interpretar e integrar as evidências, a RIL é considerada por Mendes et al. (2008) como um dos métodos de investigação utilizados na PBE.

Ao longo do meu percurso, pretendi analisar como a PSC percebe e vivencia o seu processo saúde/doença, como este influencia a prestação de cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado e à sua família, sustentando-me na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) as mudanças na saúde e doença das pessoas criam um processo de transição, em que as pessoas tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, por sua vez, podem afetar a sua saúde.

Na prática quotidiana, os enfermeiros são constantemente desafiados a tomar decisões, com vista a prestar os melhores cuidados de saúde às pessoas. Esta tomada de decisão deve assentar numa prática reflexiva e de aprendizagem, ou seja, deve-se parar para refletir sobre o que se está a fazer, como se está a fazer e que resultados se obtêm das intervenções efetuadas. Segundo Feldman (2007) a aprendizagem é um processo pelo qual se altera comportamentos, de forma permanente e duradoura, decorrente da experiência, treino, exercício ou estudo. Neste processo de crescimento pretende-se, portanto, que haja um aumento do aporte, quer de conhecimentos, quer de competências no sentido do desenvolvimento do saber-ser, saber-saber, saber-estar e saber-fazer.

Para a elaboração deste relatório de estágio estabeleci como finalidade, desenvolver competências especializadas, baseadas em evidência científica, na prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a angioplastia por SCA e à família, desde a hospitalização até à alta, suportados na teoria das Transições de Meleis, tendo para isso traçado os seguintes objetivos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos, baseados em evidência científica, que orientem os cuidados de enfermagem especializados à PSC submetida a angioplastia por SCA;

- ✓ Responder de forma antecipatória, apropriada e fundamentada em evidência científica aos sinais de instabilidade hemodinâmica na PSC submetida a angioplastia por SCA;
- ✓ Integrar o processo de enfermagem na prestação de cuidados especializados e individualizados à PSC submetida a angioplastia por SCA, desde a hospitalização até à alta, suportado na teoria das Transições de Meleis;
- ✓ Integrar a família como parceira no processo de cuidados à PSC submetida a angioplastia por SCA, desde a hospitalização até à alta;
- ✓ Partilhar o conhecimento desenvolvido e fomentar a prestação de cuidados especializados ao doente submetido a angioplastia, no meu local de trabalho.

O estágio foi desenvolvido em 3 contextos clínicos, de forma a poder concretizar os objetivos acima referidos, com o total de 500 horas, que me permitiram estar em ambiente hospitalar, na prestação de cuidados sob tutoria de um perito na área. Os estágios realizaram-se, primeiramente, numa unidade cuidados intensivos coronários (UCIC) durante 11 semanas, com incursões ao SH, posteriormente desenvolvi competências durante 3 semanas num SU e por fim, terminei com um estágio de 3 semanas novamente numa UCIC com incursões à enfermaria de Cardiologia.

Os objetivos de aprendizagem traçados foram elaborados tendo por base a taxonomia revista de *Bloom*, que assenta em dois eixos, em que num se encontra a dimensão do conhecimento e no outro a dimensão do processo cognitivo (Heer, 2012).

Este relatório inicia-se com a introdução, estando posteriormente dividido em duas partes. A primeira parte visa responder ao primeiro objetivo traçado e compreende o enquadramento teórico, abordando temáticas como a importância do Protocolo Triagem de Manchester (PTM) no reconhecimento do SCA, a Via Verde Coronária (VVC), assim como a importância da intervenção especializada do enfermeiro à PSC com SCA do SU à UCI, passando pelo SH. Na segunda parte são descritas as competências desenvolvidas durante o Ensino Clínico, demonstrando as estratégias e metodologias utilizadas para concretizar os restantes objetivos. Termina este relatório com as considerações finais e as referências bibliográficas.

A elaboração deste projeto seguiu as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e de referência bibliográfica segundo as normas da APA.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com o enquadramento legal em vigor, PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b, p.1). A pessoa a quem é diagnosticado um SCA está a vivenciar um processo complexo de doença crítica, que requer hospitalização e pode ser causa de morte. De acordo com Meleis et al. (2000) pode-se considerar que esta pessoa está perante um processo de transição de saúde/doença, associado ao facto de estar a vivenciar um evento crítico.

Os SCA incluem a angina instável, o EAM sem supradesnivelamento de ST (EAMSST) e o EAM com supradesnivelamento de ST (EAMCST) (Nikolaou et al., 2015; I. de S. Santos et al., 2014). A Angina Instável, o EAMSST e o EAMCST, em que há isquemia do miocárdio, apresentam-se geralmente, como uma dor retrosternal constritiva, podendo irradiar para os braços, orofaringe, mandíbula, dorso e região epigástrica, que se mantém durante pelo menos 20-30 min e que não desaparece em repouso. Associado a estes sintomas, frequentemente, surgem dispneia, náuseas, vômitos, sudorese, palpitações e fraqueza muscular (Gallagher & Driscoll, 2012; Nikolaou et al., 2015).

O EAM ocorre quando o fluxo sanguíneo no miocárdio é severamente afetado, levando a morte celular do músculo cardíaco (Aehlert, 2007; Gallagher & Driscoll, 2012; R. P. Garcia et al., 2013). A extensão da isquemia pode ocorrer como um único evento ou evoluir ao longo de vários dias, dependendo do grau de obstrução do fluxo sanguíneo. O tamanho e a localização da obstrução influenciam as manifestações clínicas e o risco de morte, assim como o tratamento, sendo este determinado pela extensão, gravidade e duração do evento isquémico (Gallagher & Driscoll, 2012).

Tanto os doentes com diagnóstico de SCA, como de EAM necessitam de tratamento rápido e adequado, que segundo Gallagher & Driscoll (2012) visa evitar/prevenir eventos cardíacos secundários, controlo da sintomatologia, revascularização e reabilitação cardíaca. Para isso, exige-se um rápido diagnóstico e um pronto restabelecimento do fluxo sanguíneo através da desobstrução da artéria ocluída, de forma a assegurar a perfusão do miocárdio e reduzir o tamanho do enfarte (minimizar a área de isquemia).

No domínio dos cuidados hospitalares, é de extrema importância o reconhecimento epidemiológico e do impacto dos SCA, como condições patológicas responsáveis pela elevada morbilidade e mortalidade, levando necessariamente à implementação da VVC (DGS, 2012).

1.1. Via Verde Coronária

A VVC é um programa coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que permite a melhoria da acessibilidade e dos cuidados de saúde prestados às PSC por doença cardíaca aguda (INEM, 2015). Esta é acionada pelos cidadãos, que ao ligar para o número de emergência internacional (112). Em caso de acidente ou doença súbita, a sua chamada é direcionada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo triada, e caso se verifiquem queixas que sugiram uma provável doença coronária aguda é enviado de imediato um meio de socorro ao local onde se encontra a PSC.

Os meios do INEM têm a capacidade, após chegada ao local, de intervir prematuramente, estabelecer um diagnóstico de SCA através da realização de ECG de 12 derivações, instituir terapêutica atempadamente e, em conjunto com o CODU, decidir e agilizar qual o encaminhamento e transporte mais adequado, aumentando a probabilidade de sucesso terapêutico (INEM, 2015; Lino, Garcia, & Costa, 2009).

O tratamento imediato tem como objetivos: o alívio dos sintomas, a antecipação de possíveis complicações e a reperfusão precoce da artéria ocluída, sendo esta primordial na preservação do miocárdio. Segundo Nikolaou et al. (2015) esta intervenção imediata pode conduzir a ganhos em saúde, na redução do tempo de diagnóstico e tratamento de reperfusão, levando à diminuição da mortalidade e

das complicações decorrentes dos SCA e relacionando-se com uma melhoria do prognóstico destes doentes.

Para isso, os hospitais envolvidos na VVC devem encontrar-se organizados internamente, de modo a que o atendimento hospitalar seja simples, eficaz e rápido, dando dessa forma continuidade à intervenção pré-hospitalar. A VVC funciona como um corredor para acelerar a chegada do doente a uma equipa pluridisciplinar preparada para as intervenções necessárias. Neste sentido a DGS, emanou a Norma nº 002/2015 defendendo que todos os hospitais devem implementar a VVC (Direção Geral da Saúde, 2015).

De acordo com dados estatísticos do INEM, em 2014 foram registados 738 casos de EAM encaminhados para a VVC (INEM, 2015). Contudo, dados da DGS, também de 2014 revelam que, em Portugal Continental, apenas 33% dos doentes admitidos no hospital com EAMCST, o são pela VVC (Ferreira, 2015). Daí ser essencial, formar a população para o reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta do SCA, assim como da importância de ligarem 112, pois esta é a via preferencial, visto que reduz o intervalo de tempo desde o início dos sinais e sintomas até ao tratamento definitivo (INEM, 2015).

1.2. O Protocolo de Triagem de Manchester no reconhecimento precoce do SCA

O PTM no SU tem como objetivo priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço, de modo a dar prioridade aos casos que necessitam de intervenção imediata. Neste contexto, a DGS (2015, p.1) emanou a norma nº 002/2015 de 06/03/2015, revista a 23/10/2015, segundo a qual todos os SU deveriam “ter o sistema de triagem de Manchester em funcionamento até dia 31 de Dezembro de 2015”.

A pessoa após efetuar a inscrição na admissão é encaminhada para o gabinete de triagem, onde é atendida por um enfermeiro, que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda e quais as queixas e, após uma observação rápida e objetiva, lhe atribuí uma prioridade que corresponderá a uma “cor”, relacionada com grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para o atendimento (tabela 1).

Tabela 1 – Protocolo de Triagem de Manchester

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Fonte: (CUF, n.d.)

O elemento-chave na avaliação da pessoa com dor no peito é o uso de protocolos e diretrizes que podem facultar uma avaliação rápida, para que os procedimentos de reperfusão possam ser implementados o mais rapidamente possível (Gallagher & Driscoll, 2012). Neste sentido, a DGS (2015) na norma acima referida defende que, no momento da triagem, nas situações de dor torácica, se deve providenciar a realização de um ECG simples de 12 derivações, sendo recomendável de acordo com Gouvêa et al. (2015) que este seja realizado nos primeiros 10 minutos após a admissão.

A triagem é, na generalidade, efetuada por enfermeiros, que deverão estar alerta para a sintomatologia característica dos SCA. De acordo com um estudo publicado por Ryan et al. (2016) a desvalorização das queixas torácicas, ou o não reconhecimento de queixas inespecíficas por parte dos enfermeiros na triagem, pode levar ao atraso no diagnóstico e tratamento médico, podendo comprometer a saúde dos doentes. Outro estudo realizado por Gouvêa et al. (2015) revelou que foi devido ao PTM que o enfermeiro classificou corretamente muitos doentes com SCA.

Desta forma, reconhece-se a importância do PTM como método de identificação precoce dos SCA. Pois estes, de acordo com Gouvêa et al. (2015) destacam-se dentro das doenças em que o tempo de espera pode afetar o prognóstico do doente.

1.3. A intervenção especializada do enfermeiro no Serviço de Urgência

Os enfermeiros, devido à sua competência clínica e presença contínua junto do doente, são os que estão melhor colocados para avaliar e providenciar cuidados de saúde e intervir como agentes facilitadores na recuperação e na educação dos doentes. Para Gallagher & Driscoll (2012) cabe ao enfermeiro providenciar a preparação da informação e informar o doente do procedimento; prestar cuidados necessários à recuperação; desenvolver estratégias para reduzir/minimizar a ansiedade do doente; explicar e informar das complicações e da necessidade de reabilitação cardíaca; devendo incluir a família em todo este processo.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC define que

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2010b, p.1).

O enfermeiro está presente em todas as etapas no processo vivido por uma PSC com um evento cardíaco agudo, pois acolhe-o na sala de emergência, acompanha-o ao SH, permanece na sala de hemodinâmica, acompanha-o à UCI e está presente continuamente na UCI. Desta forma, tendo por base a teoria de médio alcance de Meleis et al (2000), pode-se considerar que é função do enfermeiro especialista cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que recorre ao SU, estando a PSC a experienciar processos de transição saúde/doença e situacional.

As medidas gerais a implementar a todos os doentes com SCA são efetuar de imediato uma avaliação clínica com a realização de um ECG e administrar terapêutica visando o alívio da dor e o controlo dos sintomas, a limitação da lesão do miocárdio e a redução do risco de paragem cardiorrespiratória (PCR) (INEM, 2011; Nikolaou et al., 2015). Para Gallagher & Driscoll (2012) o tratamento também pretende maximizar o aporte de oxigénio aos tecidos, preservar a função ventricular e assim reduzir a morbilidade e a mortalidade.

Neste sentido, de acordo com Nikolaou et al. (2015), o tratamento inicial compreende a administração dos seguintes fármacos:

- ✓ Nitratos – são eficazes no tratamento da dor torácica, através da dilatação das artérias coronárias;
- ✓ Morfina – utilizada no alívio da dor, tendo também um ligeiro efeito sedativo;
- ✓ Ácido Acetilsalicílico (AAS) – fármaco antiagregante plaquetar – a evidência aponta como mais importante no tratamento inicial dos SCA, visto reduzir a mortalidade;
- ✓ Clopidogrel/ticagrelor/prasugrel – são antiagregantes plaquetares que inibem os recetores de adenosina difosfato;
- ✓ Heparina – é um antitrombínico, em que os mais utilizados são a heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular (enoxaparina). A escolha do antitrombínico depende fundamentalmente da estratégia de reperfusão e do risco hemorrágico do doente. Segundo as novas *guidelines* da *European Resuscitation Council*, a enoxaparina é uma alternativa segura e eficaz à heparina não fracionada, contudo a passagem de uma para a outra pode levar a um aumento do risco de hemorragia e, portanto, deve ser evitada. Salienta-se também que é necessário um ajuste da dose de enoxaparina em doentes com insuficiência renal (Nikolaou et al., 2015).
- ✓ Oxigénio – deve ser administrado somente quando os doentes apresentam sinais e sintomas que assim o requeiram, nomeadamente hipóxia, dispneia ou insuficiência cardíaca. Contudo, segundo Nikolaou et al. (2015) o oxigénio em altas concentrações pode ser prejudicial para os doentes com EAM.

A maioria dos doentes coronários sentir-se-á mais confortável na posição de sentado, uma vez que em alguns casos o decúbito dorsal pode agravar a dor ou a sensação de dispneia.

Na sala de emergência é realizada uma primeira abordagem, com a colheita de dados que deve incluir, segundo Umann et al. (2007): peso, altura, medicação habitual, história de doença cardíaca e alergias. Da mesma forma, com base na minha prática clínica e em evidência científica, o doente deve ficar monitorizado, devem ser avaliados sinais vitais (SV), proceder à cateterização venosa periférica e concomitantemente colher amostra sanguínea (marcadores cardíacos), realizar os exames complementares de diagnóstico (ECG de 12 derivações e ecocardiograma) e posterior acompanhamento ao SH para realização de angioplastia (Gallagher & Driscoll, 2012; Nikolaou et al., 2015).

2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

Neste relatório irei designar apenas por angioplastia a angioplastia coronária transluminal percutânea ou intervenção coronária percutânea.

A reperfusão cardíaca é mais eficaz quando é iniciada imediatamente após o início de enfarte e o seu benefício diminui progressivamente com o tempo (Nikolaou et al., 2015). A reperfusão pode ser efetuada através da fibrinólise ou da angioplastia, em que a angioplastia pode levar à revascularização completa da artéria em cerca de 90% dos doentes e proporcionar um maior alívio dos sintomas (Gallagher & Driscoll, 2012).

A angioplastia é um procedimento realizado no SH. Embora seja considerado segura, a angioplastia não está isenta de riscos, pelo que as intervenções de enfermagem dirigidas a prevenir as complicações da angioplastia são indispensáveis para o estabelecimento de condições seguras, no SH.

2.1. Reperfusão Cardíaca

Na análise dos gráficos do Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares (2016) da DGS verifica-se que no período de 2010 a 2014, em Portugal, ao mesmo tempo que houve um decréscimo gradual do uso da fibrinólise, quase que duplicaram as angioplastias realizadas para reperfusão coronária.

Nos doentes com EAMCST, a reperfusão deve iniciar-se o mais depressa possível, independentemente do método selecionado (Gallagher & Driscoll, 2012; INEM, 2011; Nikolaou et al., 2015). A reperfusão pode ser efetuada através da fibrinólise ou da angioplastia, sendo a fibrinólise uma terapêutica trombolítica eficaz na redução significativa da mortalidade, sobretudo quando é administrada na primeira hora após surgir a sintomatologia, apelidada de *golden hour* (Gallagher & Driscoll, 2012). Nikolaou et al. (2015) defendem que até às 12 horas após o início da dor torácica, a reperfusão deve ser iniciada logo que possível utilizando a estratégia mais adequada disponível.

A opção terapêutica está condicionada por diversos fatores como: a idade, os antecedentes pessoais do doente, a existência de contraindicações absolutas ou relativas para a realização de trombólise e a proximidade ao centro hospitalar especializado (Nikolaou et al., 2015). Mais precisamente, Gallagher & Driscoll (2012) defendem que a reperfusão por angioplastia está indicada quando os doentes com dor torácica se encontram a menos de 60 minutos de instalações que permitam a sua realização, que tenham alguma contraindicação à fibrinólise, se é previsível que a isquemia provoque um EAM anterior nas próximas 4 horas, se o doente apresentar instabilidade hemodinâmica e/ou se encontrar em choque cardiogénico.

A angioplastia, de acordo com Shoulders-Odom (2008) e Gallagher & Driscoll (2012), é preferível em doentes com doença de um ou dois vasos, em que a colocação de *stent* coronário tem contribuído para reduzir a reestenose e a necessidade de cirurgia. Neste sentido, Gallagher & Driscoll (2012) afirmam que a angioplastia está a ser utilizada cerca de duas vezes mais que a cirurgia de revascularização.

A angioplastia é um procedimento invasivo, realizado num local próprio denominado de sala ou laboratório de hemodinâmica, que consiste na introdução de um cateter pela artéria radial ou femoral que vai até às artérias coronárias, de forma a alcançar a área de oclusão ou estenose, sob a orientação de imagiologia. Um balão unido à ponta do cateter é insuflado para alargar o lúmen da artéria, alargando a parede do vaso e rompendo a placa ateromatosa, sendo colocado um *stent* no segmento da artéria ocluída para diminuir o risco de nova oclusão nesse local. (Gallagher & Driscoll, 2012; Nikolaou et al., 2015).

O SCA permanece ainda como uma importante causa de morte no hospital (McKinley et al., 2012). De acordo com Umann et al. (2007), as complicações associadas à angioplastia, mais frequentes, envolvem manifestações vasculares, isquémicas, arrítmicas, vaso-vagais e alérgicas, sendo que estas estão associadas às condições clínicas prévias de cada pessoa, nomeadamente com fatores de risco cardiovasculares.

As manifestações vasculares são as mais frequentes, sobretudo quando a angioplastia é realizada por via femoral, sendo as complicações mais comuns: hematomas, hemorragias, fístulas arteriovenosas e pseudo-aneurismas (Andersen, Bregendahl, Kaestel, Skriver, & Ravkilde, 2005; Knebel et al., 2008; Sulzbach-Hoke, Ratcliffe, Kimmel, Kolansky, & Polomano, 2010), constituindo para Andersen et al.

(2005) uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pessoas submetidas a cateterismos cardíacos.

Os resultados do estudo efetuado por Al Sadi, Omeish, & Al-Zaru (2010) revelaram que a pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 160 mm Hg no início da angioplastia é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de hematomas. Outros fatores, como a idade avançada da pessoa, os baixos níveis de hematócrito, a obesidade, o uso de anti-agregante ou hipocoagulante pré, intra ou pós-procedimento também o são (Al Sadi, Omeish, & Al-Zaru, 2010), pelo que, aquando da presença de fatores de risco, o enfermeiro deverá estar mais atento e intervir de forma mais efetiva.

Mais recentemente, Tongsai & Thamlikitkul (2012) publicaram uma revisão que visava avaliar se a incidência de hematoma e hemorragia estava associada ao tempo de repouso, tendo este estudo revelado que era seguro fazer levantar duas a quatro horas após a remoção da bainha compressiva.

2.2. A intervenção especializada do enfermeiro no Serviço de Hemodinâmica

A preparação do doente para a realização de angioplastia inicia-se com o acolhimento e é, neste momento, que o enfermeiro o avalia e orienta, facilitando o desenvolvimento de uma parceria enfermeiro-doente, que será essencial na cooperação durante e após o procedimento (Umann et al., 2007).

No SH, os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para fornecer informação sobre o procedimento a realizar e os cuidados necessários durante a recuperação (Gallagher & Driscoll, 2012; Umann et al., 2007). Por outro lado, são também indispensáveis para o estabelecimento de condições seguras no SH, as intervenções de enfermagem dirigidas para a prevenção e deteção precoce de complicações que possibilitem intervenções rápidas, adequadas e eficazes. Desta forma, o enfermeiro deve estar preparado para realizar a remoção do indutor, aplicando pressão manual no local de punção até obter hemóstase, assim como, verificar o pulso e perfusão periférica, a fim de identificar possíveis complicações vasculares (Lima, Pereira, & Chianca, 2006; Rolley, Davidson, Salamonson, Fernandez, & Dennison, 2009).

Outras complicações que podem surgir são as disritmias (Gallagher & Driscoll, 2012; Nikolaou et al., 2015). Num estudo recente, Winkler et al. (2013), verificaram que um quarto da amostra sofreu de extrassístoles isoladas e que a ocorrência de mais de 50 extrassístoles numa hora traduz-se num aumento da duração do internamento e da mortalidade. Neste sentido, importa salientar que se ocorrer PCR em ritmos desfibrilháveis durante a angioplastia deve ser tratada no imediato com até 3 choques, antes de iniciar compressões torácicas (INEM, 2011; Nikolaou et al., 2015).

Será essencial realizar sessões de esclarecimento aos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes submetidos a angioplastia, relacionadas com a deteção precoce, monitorização e cuidados a prestar quando surge um hematoma no local de punção.

3. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O internamento numa UCI de pessoas em estado crítico, instáveis e vulneráveis obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada com o objetivo da manutenção da vida, constituindo um foco de *stress* e ansiedade para a PSC, sua família e profissionais de saúde (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011).

A maioria das pessoas que sofreram um SCA ou EAM desenvolvem sentimentos de ansiedade e medo, considerando este evento uma ameaça significativa para a sua saúde (Moser & Riegel, 2008). Os doentes submetidos a angioplastia desenvolvem *stress* (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2011), agravado pelo ambiente da UCI, que é estranho, impessoal, hostil e repleto de tecnologia.

Numa revisão sistemática efetuada por Costa Junior et al. (2012) sobre a preparação psicológica de doentes submetidos a intervenção cirúrgica, os autores identificaram que estes doentes apontam como principais fatores desencadeantes de ansiedade: a perceção antecipada de dor e desconforto; espera passiva pelo início do procedimento; separação da família e sentimentos de abandono; possível perda de autonomia (mesmo que temporária); medo da anestesia, de ficar com sequelas, de alta prematura, do procedimento como um todo e da morte.

3.1. Prevenção Cardíaca Secundária no SCA

Os sobreviventes de SCA têm um grande risco de recorrência de novo evento cardíaco, havendo evidência desde há vários anos da existência de estratégias eficazes que permitem reduzir este risco, designadas como estratégias de prevenção cardíaca secundária (PCS), que assentam em programas de reabilitação cardíaca (PRC), com vista à redução dos fatores de risco cardiovasculares, e na adesão à terapêutica medicamentosa.

As doenças cardíacas tendem para a cronicidade e, como todas as doenças crónicas, têm implicações para as pessoas, em termos de mudanças de estilos de

vida, assim como mudanças funcionais, sociais e económicas (Gallagher & Driscoll, 2012).

A PCS deve ser um processo contínuo que exige acompanhamento contínuo por uma equipa multidisciplinar, que deve ter início na UCI e progredir numa abordagem baseada na comunidade (Nolan et al., 2015). Nesta equipa, os enfermeiros são quem mais frequentemente aconselha sobre estilos de vida a adotar na prevenção cardiovascular. Num estudo desenvolvido por Jorstad et al. (2013) ficou demonstrado que um programa de PCS coordenado por enfermeiros leva a uma redução do risco de recorrência do SCA e reduz também a mortalidade. Contrapondo, num outro estudo realizado por Voogdt-Pruis, Van Ree, Gorgels, & Beusmans (2011), os resultados indicam que nem os doentes, nem os cuidadores prestam atenção suficiente às orientações. Neste sentido, devem ser efetuados esforços na transmissão de informação para que os doentes tenham uma maior adesão aos estilos de vida saudáveis e ao tratamento. O mesmo estudo salienta que a adesão pode ser influenciada por fatores, tais como a idade, o género, o status económico e as crenças de saúde (Voogdt-Pruis et al., 2011).

A educação em saúde é a chave para uma PCS eficiente, pois a intervenção educativa é uma estratégia essencial para estimular e influenciar o comportamento da pessoa que sofreu um evento cardíaco, no sentido de promover uma maior adesão à terapêutica e aos estilos de vida saudáveis. Segundo Gallagher & Driscoll (2012) deverão ser efetuadas sessões educativas sobre: o processo de doença, o que é a insuficiência cardíaca e seus sintomas; a mudança de estilos de vida e seu impacto; a medicação e seus efeitos; a importância da adesão à terapêutica e um plano de gestão. Para os mesmos autores, a educação é a chave para o autocuidado e para ser eficaz deve incluir os membros da família (Gallagher & Driscoll, 2012).

Os PRC foram desenvolvidos com o propósito de auxiliar as PSC acometidas por uma patologia cardíaca aguda, especialmente os SCA, que provocam grandes perdas funcionais. Para Ferreira (2009) e Humphrey, Guazzi, & Niebauer (2014) os PRC são habitualmente divididos em 3 fases:

- ✓ Fase I – Reabilitação cardíaca durante o internamento;
- ✓ Fase II – Programa pós-alta precoce, 2 a 16 semanas após a alta hospitalar com supervisão e monitorização contínua intensa, através de atividades estruturadas, atividades psicoeducativas e mudanças de estilos de vida;

✓ Fase III – Manutenção da reabilitação cardíaca a longo prazo, mantendo supervisão contínua menos intensa.

3.2. A intervenção especializada do enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte em Portugal e também de incapacidade, com limitação da mobilidade e degradação da qualidade de vida para os doentes com SCA submetidos a angioplastia.

Associado à reperfusão cardíaca são necessários cuidados de enfermagem especializados, pelo que o doente após a angioplastia deve ser transferido para a UCI. Segundo Gallagher & Driscoll (2012) é o local adequado, pois permite ter vigilância e monitorização contínua, de enfermeiros capazes de prestar assistência especializada e onde podem ter acesso a tratamento rápido, eficaz e adequado. As UCI são unidades dotadas de uma grande especificidade e tecnologia. Assim, cada vez mais os enfermeiros que trabalham em UCI têm necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as suas competências científicas, pedagógicas, técnicas, relacionais e éticas no exercício da enfermagem.

O internamento numa UCI de pessoas instáveis, em estado crítico e vulneráveis obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada com o objetivo da manutenção da vida, constituindo um foco de *stress* e ansiedade para a PSC, sua família e profissionais de saúde (Castro, Vilela & Botelho, 2011).

Para Gallagher & Driscoll (2012) e os autores referenciados a baixo, cabe ao enfermeiro prestar cuidados de enfermagem de excelência, nomeadamente:

- ✓ Prestar cuidados ao local de punção, prevenindo hemorragias/ hematomas e detetar alterações arteriais (coágulos e aneurismas);
- ✓ Vigiar alterações neuro-circulatórias do membro da inserção do cateter;
- ✓ Monitorizar ECG (12 derivações), realização do mesmo sempre que o doente referir desconforto/dor no peito;

✓ Vigiar SV: frequência e ritmo cardíacos, PAS e saturação de oxigénio; na 1ª hora de 15-15 minutos, depois de 30-30 minutos e de 1-1 horas de acordo com a condição do doente (McMurray et al., 2013);

✓ Controlo/alívio da dor;

✓ Repouso no leito (2-6 horas), para prevenir deslocamento do *stent* e a formação de hematoma (se tiver sido abordagem femoral aconselha-se primeiramente levantar para o cadeirão) (Schiks et al., 2009; Mohammady, Atoof, Sari, & Zolfaghari, 2013);

✓ Monitorização do débito urinário;

✓ Controlo laboratorial da coagulação;

✓ Administração de medicamentos anti-agregantes para prevenção da oclusão do *stent*. Este tratamento deverá ser continuado após alta, a não ser que esteja contraindicado, neste caso deverá tomar AAS para o resto da vida.

4. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA

A transição é definida, segundo o modelo das transições desenvolvido por Afaf Meleis, como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro e refere-se tanto ao processo, como ao resultado complexo de interações entre a pessoa e o ambiente. (Meleis et al., 2000). Desta forma, Meleis et al., (2000) e Pereira (2013) defendem que condições pessoais, comunitárias e da sociedade podem facilitar ou inibir o processo e os resultados da transição vivenciada.

O conceito de transição remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados na sociedade, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, até mesmo na capacidade de gerir respostas humanas (Meleis et al., 2000).

Ao longo da vida, a pessoa vai experimentando de forma contínua, mudanças e transições, resultando estas, frequentemente, em novas relações, novos comportamentos e novas percepções de si mesmo no contexto social. As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2010). Em qualquer momento da vida das pessoas podem ocorrer mudanças previsíveis ou inesperadas, que conduzem à necessidade de adaptação através da auto-organização e do recurso ao suporte familiar, de forma a conseguir resolver os problemas.

O surgimento súbito de uma doença grave, como um SCA, tem grande impacto na pessoa, com repercussões nos diferentes domínios da vida. Quando se impõe a hospitalização, a pessoa vivencia um afastamento do seu contexto familiar e das suas atividades quotidianas, para se “integrar” num ambiente diferente e estranho, por vezes, pouco acolhedor e cheio de normas e rotinas a respeitar. De forma a ajudar a pessoa a ultrapassar estes constrangimentos, segundo Petronilho (2010), o enfermeiro tem o dever de interagir sustentado na relação terapêutica, ajudando-a a lidar com os novos desafios e transições, com o propósito de proporcionar estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar.

A preparação da transição para a alta é uma ferramenta que visa garantir a continuidade dos cuidados após a hospitalização, que deve começar o mais precocemente possível, de preferência logo na admissão hospitalar (Gallagher &

Driscoll, 2012; Pereira, 2013; Petronilho, 2010). Esta é entendida como o conjunto de atividades desenvolvidas, durante o internamento, tendo como objetivos: promover a qualidade de vida da pessoa; facilitar a transição para o domicílio e evitar reinternamentos desnecessários. Neste sentido, em vários serviços de saúde têm sido implementadas medidas para apoiar a transição do hospital para casa, porque é durante os primeiros 30 dias após a alta, que cerca de 20% dos doentes com insuficiência cardíaca, associado a doença cardíaca, são readmitidos no hospital (Gallagher & Driscoll, 2012).

A preparação da transição para a alta deve ser baseado em três princípios: gestão do autocuidado, mudanças de estilo de vida a longo prazo e adesão ao tratamento farmacológico (Gallagher & Driscoll, 2012; Mimoso, 2006). Se bem conduzidos, estes possibilitam a prevenção de complicações, evitam o prolongamento dos internamentos e reduzem os reinternamentos, rentabilizando os recursos disponíveis. Segundo Simões & Grilo (2012) também permitem manter e potenciar a melhoria do estado de saúde e a independência nas atividades da vida diária.

A necessidade de cuidados de enfermagem está muito para além da alta hospitalar, ao que Mimoso (2006), Pereira (2013) e Petronilho (2010) defendem que os enfermeiros devem desenvolver um trabalho de parceria de cuidados juntamente com todos os intervenientes, de forma a garantir o sucesso da transição para casa. Desta forma, segundo Martins, Martinho, Carvalho, Fernandes, & Barbieri-Figueiredo (2012), da interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença.

5. A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SCA SUBMETIDA A ANGIOPLASTIA

As atuais políticas de cuidados de saúde estão orientadas essencialmente para o tratamento da doença, reabilitação da pessoa doente e a integração social o mais rápida possível. Preconizam-se internamentos hospitalares cada vez mais curtos, exigindo-se às famílias que sejam capazes de assumir os cuidados aquando do regresso da pessoa dependente a casa (Pereira, 2013). As famílias em Portugal, segundo Simões & Grilo (2012) continuam a ser a principal fonte de cuidados e a ter a responsabilidade de cuidar dos familiares dependentes. Segundo Pereira (2013) o prestador de cuidados pode corresponder a um elemento da família por laços de consanguinidade, ou a um significativo que se identifica e é reconhecido pela pessoa doente que necessita de apoio no autocuidado.

Se os cuidados prestados no domicílio pretendem ser uma alternativa efetiva aos cuidados prestados no hospital, as expectativas e necessidades dos cuidadores devem ser consideradas e tomadas em conta no planeamento dos cuidados por parte dos enfermeiros. Isto, porque a adaptação dos membros da família ao exercício das funções de cuidador não termina no momento da alta hospitalar do familiar dependente. Porém, devem ser desenvolvidas e implementadas estratégias direcionadas às necessidades dos doentes e familiares cuidadores durante o processo de transição, em que este processo requer a participação e empenho de todos os intervenientes na promoção de um sentimento de parceria.

Desta forma, Levine et al. (2006) sugerem que enfermeiros que prestam cuidados no domicílio devem desenvolver programas que visem a continuidade de cuidados, promovendo uma comunicação mais efetiva com os familiares, no sentido de treiná-los e desenvolver-lhes a mestria necessária para cuidarem. Meleis et al. (2000) defendem que a promoção da mestria numa adaptação eficaz e na autonomia dos familiares cuidadores, no exercício das suas funções, tem uma relação significativa com o agravamento ou melhoria da condição de saúde/doença da pessoa.

Para se trabalhar na perspetiva da família é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família. Faz, assim, sentido encontrar formas de ajudar os familiares a planearem,

restabelecerem as rotinas e reduzirem o caos aquando do regresso a casa. Meleis et al. (2000) salientam que a família passa por uma série de mudanças enquanto cuida da pessoa dependente no autocuidado no domicílio, requerendo apoio para que a transição seja um processo suave.

Os enfermeiros ocupam uma posição muito privilegiada e com base numa prática de qualidade podem oferecer suporte aos cuidadores familiares. Neste sentido, Petronilho (2010) refere que os enfermeiros podem utilizar a sua acessibilidade como membros da rede de suporte formal, mobilizando os recursos necessários ou, eles mesmos constituírem um novo recurso de forma a complementarem as insuficiências no apoio aos familiares cuidadores durante o período de sobrecarga e de transições saúde/doença e situacional.

O cuidar não se limita à pessoa enquanto doente, mas alarga-se a toda a família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica e internamento do seu familiar numa UCI. Habitualmente, a instalação de um SCA é súbita, não permitindo a preparação psicológica, a assimilação e o envolvimento gradual do cuidador nos cuidados de saúde, que se vê assim perante um evento inesperado, para o qual não se encontra preparado (Simões & Grilo, 2012). Esta situação, segundo Meleis et al. (2000) e Pereira (2013), poderá desenvolver vulnerabilidades, pois os cuidadores familiares são confrontados subitamente com o assumir de uma função para o qual não estão preparados. De acordo com diversos estudos realizados, os cuidadores referem existir uma inadequada preparação e insuficiente educação para o exercício das funções de familiar cuidador, expressando sentimentos de isolamento, elevados níveis de ansiedade e depressão, prejudicando a continuidade dos cuidados (Levine et al., 2006; Reid, Ski, & Thompson, 2013; Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007).

Deste modo, os enfermeiros ao prestarem cuidados à PSC, devem encarar a família como membro da equipa de saúde, pois tal como concluíram Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira, & Sales (2005) no seu estudo sobre a assistência às famílias que vivenciaram a situação crónica de saúde é praticamente impossível prestar cuidados eficientes, se o enfermeiro não tiver em conta pelo menos o contexto mais próximo do doente, que é a família a que pertence. Devido ao estado crítico da pessoa, também é verdade que é com a família que se tomam as decisões sobre os cuidados e tratamentos, daí ser importante que esta seja envolvida, apoiada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar.

PARTE II – TRABALHO DE CAMPO

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A formação em contexto clínico constitui um elemento fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Para isso, é fundamental que sejam identificados saberes necessários ao processo de aprendizagem, em que a formação não implica apenas a aquisição de conhecimentos ou de técnicas, implica também desenvolvimento pessoal, exigindo adaptabilidade, disponibilidade para aprender a partir das práticas. Pois a “competência” não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só ao saber fazer, é necessário saber utilizá-la com eficácia e eficiência. Ter competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, resultantes da experiência pessoal, do senso comum, da cultura e da evidência tecnológica e científica. Implica assim, um saber responsável e assertivo.

Toda a situação é, potencialmente, aprendizagem, pois aprende-se através da experiência, pela observação direta ou fazendo parte dela enquanto sujeito da ação. Mas para que ocorra aprendizagem, é necessário o processo cognitivo que requer, primeiro, tomar consciência do que fazemos e, depois, examinar o que na realidade acontece. Desta forma, Alarcão (2000) defende que o desenvolvimento experiencial e o processo reflexivo são polos dinâmicos do mesmo eixo de desenvolvimento pessoal, onde decorrem experiências formadoras que o indivíduo realiza em diferentes contextos da sua vida, na relação consigo, com os outros e com os acontecimentos.

Ser enfermeiro mestre e especialista implica o desenvolvimento de competências e a sua operacionalização no cuidar à pessoa. Sustentado nos objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem em PSC (ESEL, 2014) e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em PSC (OE, 2010b), foi definida como finalidade, **desenvolver competências especializadas, baseadas em evidência científica, na prestação de cuidados de enfermagem à PSC**

submetida a angioplastia por SCA e à família, desde a hospitalização até à alta, suportados na teoria das Transições de Meleis.

Assim sendo, para nortear a minha tomada de decisão e constituir a base da minha prática de cuidados de enfermagem diária, tive como fio condutor que o conceito de transição é um fenómeno central para os cuidados de enfermagem, baseando-me na Teoria das Transições de Meleis (2000) para melhor compreender as necessidades do doente/família que se encontram a atravessar uma fase de transição.

Neste contexto, também me baseei no modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001), em que pretendi atingir o nível de perito na prestação de cuidados à PSC submetida a angioplastia por SCA.

De igual modo, tive presente o Código Deontológico dos Enfermeiros, que refere que a prática exercida nos variados contextos, se deve pautar por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pela ética e pelos direitos humanos (OE, 2015).

Suportado nestas linhas orientadoras, de forma a dar resposta à finalidade deste relatório, foram definidos os objetivos, já referidos na introdução.

De acordo com o plano de estudos do curso de mestrado, emerge a possibilidade e optar pela realização de estágios que constituem matrizes para a construção e desenvolvimento de competências clínicas nesta área de especialização. De forma a selecionar os locais de estágio, foram realizadas visitas a diversos serviços, efetuadas entrevistas a enfermeiros chefes e responsáveis de serviço, visando aferir da existência de um ambiente físico dotado da casuística, assim como de recursos materiais e humanos adequados para a prestação de cuidados de enfermagem seguros à PSC com diagnóstico de SCA submetida a angioplastia.

Posteriormente, foi elaborado um projeto onde foram estabelecidos objetivos, assim como atividades e estratégias a desenvolver nos diferentes estágios a realizar no 3º semestre. Este meu percurso iniciou-se na UCIC de um centro hospitalar de Lisboa (hospital A), com a realização de alguns turnos no SH. Posteriormente, desenvolvi competências no SU de um hospital polivalente e, por fim, novamente em UCIC de um hospital médico-cirúrgico do distrito de Lisboa (hospital B).

Os estágios realizados permitiram estar em ambiente hospitalar na prestação de cuidados sob tutoria de um perito na área e de uma professora da ESEL.

Contudo não é fácil voltar ao papel de estudante, em ambientes diferentes do habitual, com variadas experiências e aprendizagens novas, que requerem uma atitude dinâmica e proactiva, com vista a adquirir e desenvolver competências específicas.

Em todos os locais de estágio, foi necessário conhecer a estrutura física, recursos humanos e a dinâmica do serviço, que permitisse a minha aceitação e integração na equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa com SCA.

De seguida, apresento as principais atividades desenvolvidas e resultados alcançados nos diferentes contextos de prática, seguindo o percurso do doente que sofreu um SCA, que habitualmente dá entrada pelo SU, passa pelo SH para realizar a reperfusão cardíaca, através da angioplastia, e posteriormente é transferido para a UCI.

1.1. No Serviço de Urgência

O meu estágio em SU teve apenas 3 semanas de duração pelo facto de trabalhar há mais de 7 anos neste contexto laboral. Contudo considerei importante desenvolver competências num SU polivalente, de um hospital central de referência a nível nacional, com ensino universitário e elevada diferenciação técnico-científica e tecnológica. Este serviço possui duas salas de reanimação, com capacidade para 3 doentes em simultâneo que careçam de cuidados urgentes ou emergentes (prioridades atribuídas de acordo com o PTM), onde são avaliados e estabilizados pelas diferentes especialidades médicas. Dispõe ainda de um serviço de observação equipa com 16 camas, que recebe doentes de todas as especialidades, prevendo-se, na maioria dos casos, um internamento curto, para estabilização ou resolução da situação e posterior transferência para outros serviços.

Baseados nos objetivos gerais, e visando orientar o meu processo de desenvolvimento de competências no SU, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- ✓ Atuar de acordo com o estabelecido pela VVC, perante uma PSC com SCA;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na sala de reanimação;

- ✓ Monitorizar e interpretar o estado hemodinâmico da PSC por SCA;
- ✓ Identificar e diagnosticar precocemente complicações relacionadas com o SCA na PSC, respondendo de forma antecipada, apropriada e fundamentada;
- ✓ Avaliar e gerir a dor da PSC com SCA, na sala de reanimação;
- ✓ Desenvolver competências na gestão de medidas farmacológicas e administração de protocolos terapêuticos à PSC em contexto de urgência e emergência;
- ✓ Prestar cuidados que visem o conforto, o bem-estar e a segurança da PSC e da família;
- ✓ Prestar cuidados de apoio emocional à PSC e à sua família através da comunicação adequada e assertiva.

A porta de entrada, mais comum, para as pessoas e família nas unidades hospitalares é o SU. É também aqui que ocorre, na maioria das vezes, a primeira abordagem à PSC com SCA. O primeiro contacto com o doente é na triagem, onde o enfermeiro procura classificar a gravidade da situação de cada doente, de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos disponíveis (American College of Surgeons, 2012).

Os doentes com SCA chegam à triagem do SU na maioria das vezes pelos próprios meios, não recorrendo ao número nacional de emergência nacional 112. Segundo dados de 2014 do Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares (2016) apenas 33% dos doentes com EAMCSST são admitidos na unidade hospitalar através da VVC.

De salientar, que durante o meu período de permanência em estágio no SU estive maioritariamente escalado na sala de reanimação, de forma a poder prestar cuidados à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Tendo em conta a temática a desenvolver, a diversidade de experiências encontradas neste serviço não foi a esperada, uma vez que não houve nenhuma pessoa com diagnóstico de doença cardíaca isquémica aguda, durante o período de estágio, pelo que não tive a oportunidade de ver ativada nenhuma VVC. Contudo, através de questionamento à minha enfermeira orientadora e aos restantes enfermeiros do serviço, consegui aperceber-me que o modo de ativação e de funcionamento da VVC é semelhante à do SU onde exerço funções. Ou seja,

sempre que chega à triagem uma pessoa com dor torácica é pedido um ECG e se este revelar alterações que sugiram um EAMCSST, é encaminhada para a sala de reanimação, onde é realizada a monitorização cardíaca contínua, avaliação de SV, administração terapêutica visando o alívio da dor e o controlo dos sintomas e faz-se a referência da situação, através do contacto telefónico com o cardiologista de serviço, que por norma se desloca à sala de reanimação para avaliar o ECG, e por vezes, realizar um ecocardiograma, decidindo se o doente é ou não encaminhado de imediato para o SH. Ou seja, o encaminhamento para o SH fica condicionado e é atrasado pela necessidade de observação pelo cardiologista.

Durante o período de frequência do mestrado, logo após o término do último estágio, realizei a formação do INEM para o exercício de enfermeiro de viatura médica de emergência e reanimação (VMER) (anexo I). Neste momento, com cerca de um ano de exercício profissional enquanto enfermeiro de VMER, já fui ativado para duas ocorrências em que à chegada ao local se verificou a sintomatologia de dor torácica associada a EAMCSST, tendo sido realizada a abordagem e estabilização inicial no local, realizado contacto com o médico regulador do CODU e acompanhado o doente até ao SH definido, tendo os doentes sido encaminhados diretamente para a sala de hemodinâmica, sem passar pelo SU. Só assim, a VVC funciona como um corredor para acelerar a chegada do doente a uma equipa multidisciplinar preparada para realizar a reperfusão cardíaca e diminuir a lesão isquémica do miocárdio.

Como já foi referido, o sector onde predominantemente estive escalado foi na sala de reanimação, onde a diversidade de situações, proporcionou um leque variado de oportunidades de aprendizagem, que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional. Sobretudo no que respeita ao doente vítima de grande traumatismo, pois no meu contexto laboral, cingido apenas a monotrauma e/ou trauma *minor*, não recebo doentes desse tipo. Durante o estágio, chegaram ao SU diversas pessoas vítimas de trauma, com necessidade de ser assistidas e estabilizadas na sala de reanimação pela gravidade e instabilidade hemodinâmica.

Apesar da complexidade e da multiplicidade das lesões, associado à necessidade de iniciar rapidamente a abordagem ao doente politraumatizado, este deve ser abordado de forma global, sendo importante estabelecer prioridades na avaliação e no tratamento, baseadas nas lesões que deteriore as funções vitais.

Nestas situações o meu desempenho no planeamento das intervenções obedeceu a critérios de avaliação da PSC com base na abordagem “ABCDE” (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability* e E – *Exposure*) (American College of Surgeons, 2012; INEM, 2012a). Para isso foram fundamentais os cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e de *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) realizados no 2º semestre do mestrado, que me proporcionaram conhecimentos cognitivos e instrumentais que facilitaram na abordagem à PSC vítima de trauma grave, nomeadamente na permeabilização da via aérea com controlo e estabilização da coluna cervical que, segundo o American College of Surgeons (2012) e o INEM (2012a), deve ser precedida da estabilização da coluna cervical, de forma manual ou através de dispositivos apropriados, mantendo sempre alinhado o tronco/pescoço e a cabeça.

Ainda na avaliação primária de uma PSC vítima de trauma, como o doente apresentava uma oxigenação inadequada e incapacidade em manter a via aérea permeável foi necessário estabelecer uma via aérea definitiva através da intubação orotraqueal e posterior ventilação mecânica. Uma vez garantida a ventilação e oxigenação foi necessário determinar o estado de perfusão/oxigenação do doente, tendo sido essencial identificar e controlar hemorragias (internas ou externas) e avaliar a perfusão através do pulso, pele, tempo de preenchimento capilar) (INEM, 2012a).

Com vista a assegurar a circulação num doente vítima de trauma grave, antecipando a necessidade de intervenção cirúrgica, deve-se controlar as hemorragias externas, assim como pesquisar, inspecionar e palpar com vista a identificar possíveis hemorragias internas. É essencial também monitorizar SV de forma a identificar sinais de choque e assegurar a circulação, considerando a administração rápida de fluídos (American College of Surgeons, 2012; INEM, 2012a).

Para o esclarecimento do quadro clínico dos doentes críticos, na maioria das vezes, é necessária a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). Por isso, durante o estágio, procedi ao transporte intra-hospitalar de doentes críticos, quer para a realização de MCDT, quer na transferência para a UCI ou bloco operatório (BO). De forma a garantir que o transporte de um doente seja realizado em segurança, diariamente é efetuada a verificação da mala de transporte e do material necessário, para isso segundo a

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) é necessário que os hospitais assegurem a existência de um conjunto de equipamento onde se realiza o maior número de transportes, em que a mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

Remetendo esta temática para o âmbito deste relatório, a decisão de transferir uma PSC por SCA em choque cardiogénico para outra unidade de saúde com SH deve basear-se na comparação do potencial benefício do transporte com os potenciais riscos. Segundo o INEM (2012b) “o benefício esperado da angioplastia pode superar o risco elevado do transporte inter-hospitalar”, em que “o equilíbrio entre o tempo consumido na estabilização pré-transporte e o atraso que implicará na intervenção é essencial”.

Desta forma, foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na sala de reanimação, tais como: monitorizar, interpretar e estabilizar o estado hemodinâmico da PSC; identificar e diagnosticar precocemente complicações, respondendo de forma antecipada, apropriada e fundamentada. Neste sentido, o doente com dor torácica aguda, após a estabilização hemodinâmica, requer intervenções que promovam o alívio da dor e proporcionem o tratamento mais adequado de acordo com a etiologia, em que o enfermeiro que intervém na sala de reanimação deve ter conhecimento prático, técnico e científico para tomar decisões rápidas e dirigidas, reconhecendo situações que ponham em risco a vida dos doentes (Maria & Ferreira, 2011).

A avaliação de doentes com sintomas sugestivos de SCA ainda constitui um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, continuando a existir deficiência na padronização no atendimento destes doentes, podendo gerar algumas dificuldades no diagnóstico e atrasos na instituição de tratamento adequado. Assim, é primordial que a equipa de saúde, no seu todo, mas em particular o enfermeiro desenvolva conhecimentos e competências que lhe permitam atuar de forma rápida e eficaz nestas situações críticas, numa corrida contra o relógio, em que tempo é miocárdio!

A gestão da dor e do bem-estar da PSC é uma das competências que mais se evidencia no SU, pois a dor é o denominador comum e transversal nas queixas das pessoas que aí recorrem. Para quantificar e monitorizar a dor, foi utilizada a escala

numérica, garantindo a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu controlo e alívio. Segundo o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013, p. 1) todo a pessoa tem “direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”, assim como todos os profissionais de saúde “devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2013, p. 1).

No que diz respeito à gestão e controlo da dor na PSC com SCA no SU, o tratamento inicial inclui morfina, oxigénio se necessário, nitratos e AAS. Na presença de EAMCSST deverão associar-se antiagregantes plaquetares (ticagrelor ou clopidogrel) e o rápido encaminhamento para o SH para realização de reperfusão cardíaca com angioplastia, pois em situação de EAM, segundo Bastos, Beccaria, Contrin, & Cesarino (2012), as taxas de sobrevivência aumentam em 50% se a angioplastia for efetuada na primeira hora após o início dos sintomas.

Associado à avaliação do quadro clínico, à realização do ECG e à estabilização da dor, é necessária segundo os autores a realização de exames laboratoriais como Troponina, Mioglobolina, CPK total e CPK-MB, tendo como padrões os marcadores de necrose cardíaca (Lima et al., 2014). A análise destes marcadores tem sido relevante para a avaliação de doentes com dor torácica, tendo demonstrado uma sensibilidade e especificidade em torno dos 95%.

Todos os intervenientes no SU e na sala de reanimação devem desenvolver intervenções com vista à promoção de conforto, bem-estar e segurança da PSC. Segundo (Sá, Botelho, & Henriques, 2015), o experienciar uma situação limite, associado ao risco de vida, quer pelo doente, quer pela família, é vivida de forma única, pois o doente inconsciente, muitas vezes, só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação.

Com os casos vivenciados foi possível prestar cuidados à pessoa e família, desde o momento da triagem, na sala de reanimação, no transporte do doente à imagiologia e na transferência para a UCI ou BO. Em todo este processo de cuidados, desenvolvi intervenções de enfermagem diretamente à pessoa doente, mas também à família ou pessoa significativa, que tentei que fosse parte integrante neste processo, através da disponibilização de informação, como também com a sua presença, sempre que possível, junto da equipa. Neste sentido, o estudo publicado

por Cypress (2011) demonstra a necessidade de uma abordagem centrada na família com a sua inclusão em todos os cuidados do seu familiar em situação crítica, salientando a influência dos enfermeiros na construção de uma relação empática com os doentes e família.

1.2. No Serviço de Hemodinâmica

Numa perspetiva de cariz predominantemente observacional, realizei um total de 4 turnos no SH do mesmo centro hospitalar onde realizei o primeiro estágio em contexto de UCI. A minha passagem pelo SH enquadra-se na minha temática, permitindo acompanhar o percurso dos doentes admitidos no SU com EAMCSST, que se deslocam ao SH para realização de angioplastia e posteriormente são transferidos para a UCI.

Este meu interesse pelo SH ficou ainda mais aguçado aquando da visita ao serviço, no segundo semestre, e após a entrevista realizada à enfermeira chefe, em que fiquei a saber que o serviço tem uma afluência e rotatividade bastante elevada, recebendo doentes de diversas urgências e de serviços de outras unidades hospitalares, assim como diretamente do exterior, através da VMER. De salientar que, muitas vezes, os doentes fazem o recobro pós-angioplastia no SH, antes de regressarem ao serviço de origem ou serem transferidos para a UCIC, pelo que considere importante realizar alguns turnos no serviço, de forma a poder desenvolver competências de enfermagem especializadas nos cuidados de preparação para angioplastia, assim como durante e após a mesma.

Uma vez diagnosticado um EAM, as intervenções imediatas são assegurar a estabilidade hemodinâmica do doente e intervir para limitar a dimensão do enfarte, pela restauração do fluxo sanguíneo coronário, em que a angioplastia é a técnica de eleição para a reperfusão cardíaca. Geralmente, segundo Fragata (2009) a angioplastia é realizada sob anestesia local com cateterização arterial para estudo e tratamento das artérias coronárias, para o estudo da circulação coronária, injetando-se contraste rádio-opaco para a visualização da anatomia coronária, com recurso à radiografia.

Durante a angioplastia, Costa et al., 2014; Linch, Guido, Pitthan, & Umann (2009) defendem que o enfermeiro deve estar atento ao traçado de ECG e suas alterações, estar pronto para a administração de fármacos, bem como estar atento a sinais e sintomas sugestivos de complicações. Após o procedimento, o enfermeiro tem de retirar o introdutor arterial, vigiar o local de inserção, despistando a presença de hemorragia e/ou hematoma (Linch et al., 2009).

Desta forma, apesar de um estágio maioritariamente observacional, tive a oportunidade de colaborar e intervir diretamente na prestação de cuidados à pessoa na sala de hemodinâmica. Colaborei na colocação das mesas cirúrgicas necessárias ao procedimento e na preparação do doente, preparei fármacos para administração antes e durante o procedimento, monitorizei os SV e efetuei a compressão manual ou mecânica da artéria radial ou femoral (TR-Band® e Femostop®, respetivamente) após a angioplastia.

Pelas suas características, o SH proporcionou-me subsídios para a compreensão do fenómeno numa perspetiva de continuidade dos cuidados, minimizando riscos decorrentes da remoção precoce ou tardia de compressão a nível arterial, incorrendo em situações de hematoma e/ou hemorragia no local da punção, compromisso neuro circulatório e inviabilidade arterial, corroborando com as complicações vasculares definidas por Conejo et al. (2011), que são o surgimento de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas, hematomas e/ou hemorragias no local de punção e isquemia associada à punção.

A compressão manual, de acordo com Shoulders-Odom (2008), é um dos métodos a utilizar para a hemóstase e deve ser realizada com aplicação de pressão contínua com 2/3 dedos por cima do local de punção, durante aproximadamente 20 minutos, até ocorrer a hemóstase. Deve ser aplicada pressão suficiente para parar o sangramento, contudo sem deixar de sentir o pulso periférico distal. O mesmo autor, relativamente aos mecanismos de compressão mecânica, refere que permitem um menor contacto com sangue, um melhor controlo da pressão e visualização do local de punção, contudo estão contraindicados em doentes com doenças vasculares periféricas e são inadequados em doentes obesos (Shoulders-Odom, 2008).

Segundo os resultados do estudo efetuado por Al Sadi, Omeish, & Al-Zaru (2010) que revelaram que a PAS superior ou igual a 160 mm Hg avaliada no início da angioplastia é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de hematomas. A idade avançada da pessoa, os baixos níveis de hematócrito, a

obesidade, o uso de anti-agregante ou hipocoagulantes pré, intra ou pós-procedimento também o são (Al Sadi et al., 2010), pelo que, aquando da presença de fatores de risco o enfermeiro deverá estar mais atento e intervir de forma mais efetiva.

Mais recentemente, Tongsai & Thamlikitkul (2012) publicaram uma revisão que visava avaliar se a incidência de hematoma e hemorragia estava associada ao tempo de repouso, tendo este estudo revelado que era seguro fazer levantar duas a quatro horas após a remoção da bainha compressiva.

Neste contexto, neste SH, os doentes que realizam coronariografia eletiva e que não apresentem alterações das artérias coronárias, ao fim de 2h a 4h têm alta para o domicílio, sempre acompanhados de familiar ou pessoa significativa e após terem sido alvo de intervenção educativa sobre os cuidados a ter. Para a recuperação de uma coronariografia no domicílio, o doente deve seguir as recomendações facultadas pelo enfermeiro antes da alta. Neste sentido, no recobro do SH, assisti às seguintes recomendações dadas pelos enfermeiros aí escalados:

- ✓ Evitar ficar sozinho nas primeiras 24 horas;
- ✓ Descansar e não conduzir nos primeiros 2-3 dias após o procedimento;
- ✓ Evitar esforços físicos intensos (incluindo relações sexuais);
- ✓ Realizar o penso diariamente, devendo vigiar sinais inflamatórios e de infeção local, na primeira semana;
- ✓ Reforçar a hidratação;
- ✓ Realizar uma dieta saudável, reduzida em gorduras;
- ✓ Cumprir a terapêutica segundo indicação e prescrição médica;
- ✓ Não fumar;
- ✓ Não ingerir bebidas alcoólicas;
- ✓ Não tomar banho de banheira quente, nem ir à piscina durante 3 dias;
- ✓ Regressar ao trabalho mediante indicação/autorização médica.

Em suma, verifiquei que o enfermeiro que trabalha numa sala de hemodinâmica desenvolve intervenções e atividades assistenciais à PSC, de gestão e liderança, ensino e pesquisa. Ou seja, atua em todos os âmbitos do cuidado direto à pessoa, sendo responsável pela prestação de cuidados, desde o agendamento, preparação do ambiente e do material, até à assistência na realização do procedimento, no qual deve manter-se atento a possíveis complicações e

intercorrências, exigindo tomada de decisões rápidas e precisas. Posteriormente, o enfermeiro desenvolve intervenções com vista a orientar e encaminhar o doente para a fase de recuperação. Neste sentido, segundo Linch et al. (2009) o enfermeiro no SH deve desempenhar as suas intervenções com versatilidade e qualidade. Para isso, necessita de experiência, pesquisa e atualização constante de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e habilidades especializadas na prática de cuidados ao doente crítico por SCA, na sala de hemodinâmica.

1.3. Na Unidade de Cuidados Intensivos

A minha passagem em contexto de estágio pela UCI deveu-se ao propósito de desenvolver uma série de competências na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, complementando o meu percurso profissional, mais ligado ao SU, onde diariamente lido com PSC com necessidade de instituição de medidas de monitorização e suporte avançados para a estabilização da sua situação clínica. Contudo, a especificidade de uma UCI e a forma tão exímia e intensiva como são executadas essas medidas, configura-se como uma parte importante do meu interesse nesta área.

Realizei dois estágios em contexto de UCIC, primeiro no hospital A, com duração de 11 semanas com a finalidade de desenvolver e consolidar competências no cuidado à PSC com SCA, e o segundo no hospital B, instituição onde exerço funções, com duração de 3 semanas e com a finalidade de conhecer melhor a unidade para onde são dirigidos os doentes com esta patologia que são transferidos do SU onde trabalho e, assim, melhorar a continuidade dos respetivos cuidados.

A UCIC do hospital A está inserida num serviço de cardiologia que dispõe de três alas, duas destinadas a internamentos com um total de 20 camas, a terceira ala destinada à UCIC, que é constituída fisicamente por duas salas, uma com capacidade para 6 doentes e outra para 2 doentes. As admissões na unidade são resultado da referenciação dos hospitais que constituem o Centro Hospitalar, em grande parte do SU que o serve, mas também através do encaminhamento de outras instituições hospitalares, após contacto prévio. Por vezes também são

admitidos doentes referenciados das consultas de cardiologia ou do atendimento não programado realizado na consulta.

A UCIC do hospital B também está inserida num serviço de cardiologia que dispõe de 2 alas, uma ala destinada à enfermaria de Cardiologia, com um total de 30 camas e a outra destinada à UCIC, com capacidade máxima para 10 doentes, dividida em 2 salas, a primeira com 4 unidades e a segunda com 6 unidades.

Ambas as unidades recebem doentes com diversas patologias cardíacas, não sendo exclusivas para doentes submetidos a angioplastia, pelo que considero esta diversidade de situações clínicas como uma mais-valia para o meu percurso formativo, no processo de desenvolvimento de competências, enquanto futuro enfermeiro especialista.

Com a finalidade de alcançar os objetivos gerais propostos na introdução, definiram-se **objetivos específicos** para a UCI:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- ✓ Antecipar complicações relacionadas com a angioplastia na PSC com SCA;
- ✓ Monitorizar e interpretar o estado hemodinâmico da PSC;
- ✓ Desenvolver competências especializadas na abordagem, monitorização e manutenção da PSC submetida a angioplastia, dando especial ênfase à estabilidade hemodinâmica;
- ✓ Avaliar e gerir a dor, na promoção do bem-estar da PSC submetida a angioplastia por SCA, internada na UCI;
- ✓ Desenvolver competências na gestão de medidas farmacológicas e administração de protocolos terapêuticos à PSC na UCI;
- ✓ Desenvolver competências ao nível da comunicação com a PSC submetida a angioplastia por SCA e à família ou pessoa de referência;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC submetida a angioplastia por SCA e à família, suportados pela teoria das transições de Meleis e com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão;
- ✓ Prestar cuidados de apoio emocional à PSC e à sua família através da comunicação adequada e assertiva;
- ✓ Prestar cuidados que visem o conforto e a segurança da PSC e da família;

- ✓ Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, garantindo um ambiente seguro e suportando a prática clínica na investigação e na evidência científica;
- ✓ Ser agente formador, realizando ações de formação relacionadas com os cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Meleis et al. (2000) consideram que prestar cuidados de saúde a pessoas em processos de transição constitui a área mais relevante da disciplina de enfermagem, com o propósito de facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar. Contudo, para se entender um processo de transição é necessário identificar os efeitos e os significados envolvidos na(s) mudança(s).

Meleis et al. (2000) consideram que as transições estão associadas a eventos críticos e marcantes. Sendo assim, posso considerar que os doentes internados, em ambas as UCI onde fiz estágio, vivenciaram processos complexos de transição saúde/doença, nomeadamente, por SCA, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, situações de choque (cardiogénico, hipovolémico ou séptico) e falência multiorgânica, alguns doentes aguardando cirurgia de revascularização cardíaca ou transplante cardíaco. No decurso dos estágios, a prestação de cuidados de enfermagem especializados a estes doentes exigiu aprendizagem, aperfeiçoamento e domínio de técnicas, terapêuticas e tecnologias adjuvantes especializadas, tais como a monitorização hemodinâmica invasiva, interpretação de traçados eletrocardiográficos, ventilação mecânica invasiva, técnicas dialíticas, técnicas de cardiologia de intervenção, balão intra-aórtico (BIA), farmacologia de suporte inotrópico, entre outros.

Durante o decorrer do estágio, foi minha preocupação assegurar a identificação precoce de focos de instabilidade junto do doente com SCA, antecipando e prevenindo complicações, que segundo Gallagher & Driscoll (2012) são o choque cardiogénico, disritmias, pericardites, lesões cardíacas estruturais que podem conduzir à falência cardíaca e à PCR.

Segundo Aehlert (2007), as disritmias cardíacas decorrem de distúrbios na formação ou propagação (ou ambos) do impulso elétrico gerado e são as complicações mais comuns, nas primeiras horas após um EAM, nomeadamente a fibrilhação ventricular primária, que ocorre maioritariamente na fase aguda (durante

as primeiras 4 horas) após o início dos sintomas e “permanece um importante fator causal de morte dentro das primeiras 24 horas” (Aehlert, 2007, p. 347). Uma vez que o enfermeiro permanece junto ao doente a maior parte do tempo, compete-lhe reconhecer e identificar a arritmia e, se devidamente qualificado, efetuar a desfibrilhação ao doente.

Tive a oportunidade de contactar com técnicas de suporte cardíaco que não me eram nada familiares, como é o caso do BIA. Foi um dos momentos mais desafiantes e estimulantes para mim, quer pela particularidade dos cuidados que estes doentes requerem, quer pelo facto de se tratar de procedimentos, técnicas e tecnologias por mim desconhecidas. Nesse sentido realizei um estudo de caso sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC com SCA submetida a coronariografia com implantação de BIA. Neste estudo caso, analisei e refleti sobre a situação de um doente, que após realização de coronariografia, deu entrada na UCIC, o que me permitiu adquirir e desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados à PSC com BIA e assim estabelecer um plano de intervenção, com base no processo de enfermagem, dirigido às necessidades do doente, com vista a obter os melhores resultados.

Garcia & Nóbrega (2009) definem que o processo de enfermagem pode ser considerado um modelo metodológico (que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar as necessidades humanas de pessoas, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou processos de transição de saúde/doença, reais ou potenciais, e determinar que aspetos dessas necessidades exigem uma intervenção de enfermagem. “A implementação do processo de enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado” (Garcia & Nóbrega, 2009, p. 189).

Na situação abordada no estudo caso, a coronariografia revelou lesões significativas nas principais artérias coronárias (descendente anterior, circunflexa e coronária direita) com instabilidade hemodinâmica e com indicação para realização de cirurgia de revascularização após estabilização clínica. Neste sentido, na sala de hemodinâmica foi inserido um BIA por via femoral e instituídos fármacos vasopressores, dos quais resultou franca melhoria hemodinâmica. Conejo et al. (2011) salientam que a contrapulsção por BIA é um procedimento invasivo, porque o dispositivo é colocado numa artéria de grande calibre, utilizado em situações

excepcionais, nomeadamente quando o EAM é de tão grande extensão e gravidade que compromete globalmente toda a contractilidade cardíaca e, concomitantemente, conduz à instabilidade hemodinâmica, funcionando o BIA como um suporte temporário à circulação, permitindo o restabelecimento da função cardíaca e a melhoria da perfusão coronária em doentes em choque cardiogénico.

À chegada à UCIC, no local de inserção do introdutor arterial do BIA (femoral), o doente apresentava hemorragia em toalha, tendo sido efetuada pressão manual e posteriormente colocado compressor mecânico (Femostop[®]) com 20 mm Hg de pressão, não se verificando compromisso neurocirculatório, mantendo idêntica coloração e temperatura de ambos os membros inferiores e pulsos pediosos palpáveis. Para controlo da hemorragia foi também necessário a administração de heparina, calculada de acordo com o protocolo da unidade.

No estudo de caso, com base nos dados obtidos e agora apresentados sumariamente, foram formulados diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem, recaindo essencialmente na avaliação geral do estado hemodinâmico (monitorização de SV, débito urinário e resultados laboratoriais) e no correto funcionamento do BIA, no controlo da dor e promoção de bem-estar e conforto, bem como na vigilância e identificação de sinais e sintomas de complicações precoces, como a embolização ou a isquemia do membro cateterizado, hemorragia ou infeção, pois segundo o estudo realizado por Conejo et al. (2011) o uso deste dispositivo em doentes submetidos a angioplastia está associado ao aumento de complicações vasculares, hemorragias e a elevada mortalidade.

Devido à complexidade da situação clínica e por se tratar de uma PSC a vivenciar um evento crítico, o nível de vigilância clínica a estes doentes é muito alto. Em que a incidência de complicações vasculares associadas à angioplastia acarreta repercussões clínicas, económicas e na qualidade de vida dos doentes (Rinfret et al., 2010), pelo que têm sido implementadas várias estratégias para reduzir a ocorrência de complicações vasculares, nomeadamente a redução do calibre do introdutor e utilização de dispositivos mecânicos de encerramento arterial (Aamir, Mohammed, & Sudhir, 2016; Jolly et al., 2009; Lourenço et al., 2009).

Nos últimos anos, a via de acesso radial é amais utilizada para a realização de angioplastia (Caputo et al., 2011), em que a utilização desta via tem sido comparada em diversos estudos. Os resultados demonstraram uma diminuição estatisticamente

significativa das complicações hemorrágicas e outras complicações relacionadas com o local de acesso radial, comparativamente com a via femoral (Bhat et al., 2017; Cruden et al., 2007; Jolly et al., 2009). A realização de angioplastia, por via radial, reduz a taxa de ocorrência de complicações, o que está intimamente relacionado com a diminuição do tempo de internamento (Bhat et al., 2017; Caputo et al., 2011; Cruden et al., 2007). Recentemente, surgiram estudos que apoiam a alta no mesmo dia em que o doente foi submetido a coronariografia sem complicações, tendo evidenciado resultados favoráveis para a via de acesso radial em termos de segurança e conforto dos doentes (Rinfret et al., 2010).

A redução do tempo de internamento, levante precoce dos doentes e redução no desconforto para o doente são algumas das principais vantagens identificadas na coronariografia com abordagem por via radial. Já em 1999, no estudo realizado por Cooper et al., o cateterismo realizado por via radial permitiu a redução do tempo de internamento, mostrou benefícios em termos de aumento da qualidade de vida dos doentes (traduzida em termos de redução nas dores generalizadas ou lombares, dores de costas, retenção urinária, neuropatia e possibilidade de andar); este autor demonstrou ainda a preferência dos doentes pela abordagem radial, devido à maior independência e menor desconforto após o procedimento (Cooper et al., 1999).

Relativamente ao controlo de infeção, O'Grady et al. (2011) defendem que a desinfeção do local de inserção do cateter deve ser realizada com solução antisséptica, nomeadamente gluconato de clorexidina a 2%, pois esta tem ação antibacteriana para gram positivos e gram negativos, com um efeito residual de 6 a 8 horas. Uma vez que a presença de um quadro infeccioso pode atrasar o processo de recuperação física e prolongar o tempo de internamento, importa salientar que na prestação de cuidados ao doente internado, de acordo com a DGS (2016) devem ser implementadas precauções básicas de controlo de infeção que são o alicerce de boas práticas clínicas. Estas destinam-se a garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e de todos os que entram em contacto com o doente e os serviços de saúde.

Ainda, no que diz respeito ao controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, o doente para além do BIA, apresentava diversos dispositivos invasivos (tubo orotraqueal, linha arterial, cateter venoso central, algália e sonda nasogástrica), que segundo Campos (2016, p. 11), são um dos principais “fatores conhecidos como responsáveis pelo aumento da frequência de infeções ao longo do tempo”. A

utilização frequente de dispositivos invasivos nas UCI justifica a maior incidência de infecções nestas unidades, quando comparadas com outros serviços (Campos, 2016).

Como referido na situação anterior, não é incomum o doente dar entrada na UCIC ainda com a bainha/introdutor arterial. Quando tal acontecia, a sua remoção era feita quando o tempo de coagulação ativado estava dentro de valores adequados, procedendo-se inicialmente à compressão manual. Posteriormente, na UCIC do hospital A era aplicado penso compressivo, enquanto na UCIC do hospital B era aplicada compressão por meio de dispositivos mecânicos, aquando da retirada do introdutor, não se verificando diferença nos resultados obtidos. Na remoção do introdutor, Young (2014) alerta para o risco de resposta vasovagal, aconselhando a administração de soroterapia e manutenção junto do doente de atropina para administração imediata se necessário.

Para a realização de compressão arterial mecânica, nos meus estágios, foram utilizados, preferencialmente, o TR-band® e o FemoStop®. De acordo com Rathore et al. (2010) o TR-band® é um dispositivo confortável e transparente (para facilitar o controlo visual) concebido para promover a hemóstase da artéria radial, através da sua compressão, mantendo o retorno venoso inalterado. O FemoStop® é um dispositivo para compressão da artéria femoral, que segundo O'Grady, (2007) consiste num arco com uma abóboda de plástico transparente, de pressão pneumática estéril, que se adapta e faz pressão (controlada por um manómetro) sobre o local de punção, evitando o sangramento. Para Cohen & Alfonso (2009). A utilização, por rotina, dos dispositivos mecânicos está associada a riscos hemorrágicos semelhantes ou acrescidos em comparação com a compressão manual, além de predispor para a ocorrência de outras complicações raras como infeção, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa e isquemia distal do membro.

Observou-se durante o estágio que, geralmente, os doentes manifestavam dor no local de punção durante o período de compressão, assim como dor lombar e dificuldade na manutenção do trânsito vesical e intestinal, relacionado com a permanência prolongada no leito em decúbito dorsal. Segundo Dal Piva et al. (2014), os doentes que realizam a angioplastia por via femoral relatam mais e maior desconforto, nomeadamente lombalgia e mal-estar, comparativamente com a via radial.

Como forma de minimizar as queixas de dor lombar, foi promovida a alternância de posicionamento no leito, pois esta reduz a dor, promove o conforto físico e minimiza a ansiedade e sentimentos negativos relativamente ao internamento. Num estudo realizado por Rezaei-Adaryani, Ahmadi, Mohamadi, & Asghari-Jafarabadi (2009) verificou-se que esta alternância de posicionamento, assim como o uso de almofada de apoio, durante as primeiras horas após a angioplastia, podem minimizar a dor, contribuindo para a estabilidade hemodinâmica, sem aumentar as complicações vasculares.

A UCIC é um contexto clínico que nos coloca, enquanto os profissionais de saúde, perante pessoas a vivenciar processos de saúde e de doença críticos e complexos. Em que os enfermeiros são convidados a transferir conhecimento científicos para a sua prática clínica, desenvolver competências para a resolução de problemas e tomadas de decisão dirigidas a doentes em situação de transição (Abreu, 2011).

Uma das responsabilidades centrais dos profissionais de saúde consiste em encorajar e ajudar os doentes a aderirem e gerirem de forma eficaz o tratamento instituído, devendo para tal analisar que fatores podem interferir no processo, designadamente na tomada de decisão e comportamento dos doentes nesta matéria, implicando, segundo Abreu (2011) uma corresponsabilização entre doente e profissional de saúde. Contudo, não nos podemos esquecer que o ator principal na gestão do regime terapêutico passará a ser o próprio doente, que após a alta poderá conscientemente aderir ou não ao tratamento instituído. Por isso, Meleis et al. (2000) refere que se a pessoa tiver a perceção, reconhecimento e consciencialização de que está a viver um processo transicional, isso se refletirá no grau de envolvimento e adesão ao tratamento.

Pelo grande risco de recorrência de evento cardíaco e perdas funcionais nos sobreviventes de SCA, com vista à redução dos fatores de risco cardiovasculares devem ser desenvolvidas estratégias de PCS, assentando estas em PRC. Neste sentido, tendo por base as fases do PRC elencadas no enquadramento teórico (no ponto 3.1 – Prevenção cardíaca secundária no SCA), saliento que este relatório centra-se apenas na Fase I – reabilitação cardíaca durante o internamento, por ter sido aquele em que pude intervir.

A reabilitação cardíaca melhora a qualidade de vida e diminui o *stress* nos doentes que sofreram um EAM e que foram submetidos a angioplastia (Albert, Paul,

& Murray, 2012). Para um doente vítima de SCA, o PRC consiste na elaboração de um programa de prevenção e reabilitação, após o evento cardíaco agudo. Durante a hospitalização, este deve ser iniciado o mais precocemente possível, a partir das 12-24 horas (Humphrey et al., 2014).

Segundo a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, estes programas destinam-se “a limitar os efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico e aumentar o *status* psicossocial e vocacional dos doentes selecionados” (Ferreira, 2009). Contudo, de acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2008), para encaminhar um doente para um PRC é necessário considerar várias circunstâncias, nomeadamente, a lesão orgânica resultante da necrose do miocárdio; os fatores psicossociais que envolvem a pessoa, a ansiedade/*stress* inerentes à personalidade da pessoa e a necessidade de fazer o controlo de diversos fatores. Num estudo realizado por Santos & Piaggi (2010, p.48) os enfermeiros, na sua maioria, consideraram que “todos os aspetos do ser humano influenciam na evolução da clínica do enfarto agudo do miocárdio, entendendo que o emocional e o psicológico interferem diretamente na lesão e no prognóstico do paciente.”

Abreu (2011, p.25) afirma que os momentos de transição na vida de uma pessoa, “mesmo os que dependem do desenvolvimento psicomotor ou social são fontes potenciais de desequilíbrios e de problemas na esfera da saúde.” Em que a adaptação e a forma como a pessoa gere e vivencia um evento crítico, tal como um SCA, pode implicar uma situação de transição (Abreu, 2011). Para Meleis et al. (2000) a transição remete para uma mudança significativa na condição de saúde, através de alteração de processos, papéis ou de estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social. Para minimizar o receio e a sensação de medo que, por norma, estão associados à mudança, Meleis et al., (2000) defende que a antecipação destes sentimentos e o desenvolvimento de estratégias na preparação do doente facilitam a transição.

A adesão ao regime terapêutico, segundo um estudo realizado por Gray, White, Schulz, & Abderhalden (2010) assenta em quatro dimensões: envolvimento (manter o doente empenhado em contribuir para a gestão eficaz do regime terapêutico); lidar com a resistência (proporcionar alternativas para minimizar as resistências e

dúvidas); proporcionar ações educativas (antecipar as necessidades formativas e de informação) e gerir discrepâncias (elucidar/desmistificar sobre crenças acerca da medicação e doença).

O desenrolar do estágio permitiu-me desenvolver intervenções educativas nos vários contextos, como complementaridade de um processo de cuidados onde o foco de atenção da enfermagem esteve voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa em processo de transição constante, inserida na família e comunidade. Verifiquei que, na maioria das situações, os familiares são agentes facilitadores para o processo de transição e recuperação dos doentes. Para além disso fornecem-nos informação acerca do doente, que é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, individualizados e direcionados para as necessidades do doente cardíaco. Esta afirmação é corroborada por Sá et al. (2015), que nos diz que a experiência dos enfermeiros de cuidados intensivos, relativamente ao envolvimento da família nos cuidados, revelou que a presença e participação da mesma é muito importante porque partilham com os enfermeiros informação essencial para a prestação de cuidados personalizados.

Abreu (2011) acrescenta que para a enfermagem torna-se necessário e prioritário perceber a relação complexa que a pessoa desenvolve na relação com o tratamento e identificar que fatores podem interferir neste processo, salientando que para a promoção de uma gestão eficaz dos regimes terapêuticos, as intervenções de enfermagem devem compreender preocupações a nível físico, psicológico, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual.

Na prestação de cuidados ao doente cardíaco, foi ainda relevante a transmissão dos conhecimentos adquiridos nestas áreas específicas de intervenção à família, sendo fundamental o envolvimento e o trabalho em parceria com a família, de forma a instruímos e esclarecermos dúvidas que permitam um contacto mais próximo com o seu ente querido, que facilita o processo de transição, adaptação e recuperação, diminui sentimentos de ansiedade e medo e potencia a melhoria da qualidade de vida para doentes e familiares. Para Abreu (2011) e Meleis et al. (2000), os enfermeiros, devido à natureza da sua profissão, são prestadores de cuidados que acompanham doentes e famílias em variados processos de transição, vivenciando de perto as consequências que estes processos de transição têm nos doentes e família.

A capacidade do enfermeiro reconhecer o processo de transição, pelo qual o doente e o cuidador estão a passar, pode facilitar o planeamento e a organização das intervenções de enfermagem, com vista a ultrapassar as dificuldades sentidas por estes, focando-os na recuperação e reabilitação da pessoa doente, com vista à preparação para a alta (Andersson et al., 2013). No momento da transição para a alta pode contactar com a família e realizar algumas intervenções educativas que orientassem para o controlo de fatores de risco cardiovasculares, gestão de sinais e sintomas e adesão à terapêutica, que permitissem a readaptação funcional do doente, tais como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, excesso de peso, alimentação saudável, alcoolismo, tabagismo e exercício físico.

O período de transição do hospital para casa é um momento de vulnerabilidade para os doentes com doença cardíaca, em que a evidência disponibilizada por Bettger et al. (2012) e Cherlin et al. (2013) mostra que mudanças nas intervenções realizadas no processo de transição para a alta, durante a hospitalização, podem melhorar alguns resultados, nomeadamente, reduzir o tempo de internamento, evitar reinternamentos e eventos adversos e reduzir também significativamente a taxa de mortalidade após a alta hospitalar. O estudo realizado por Cherlin et al. (2013) permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos de transição para a alta, que estão associados a menores taxas de mortalidade, tendo sido identificados cinco grandes fatores que facilitam o processo de alta: iniciar o planeamento da alta desde a admissão hospitalar; garantir que um plano de acompanhamento esteja em vigor antes da alta; realizar sessões de educação focalizadas, tanto para o doente quanto para a família; promover a articulação com os cuidados de saúde primários no acompanhamento ao doente após a alta.

As intervenções de enfermagem que desenvolvi durante os estágios nas UCIC, numa fase inicial, tinham em vista a prestação de cuidados adequados, atempados à PSC por SCA submetida a angioplastia, considerando as complexidades intrínsecas no cuidado ao doente com falência cardíaca e o processo de transição que o doente está a vivenciar. Numa segunda fase, as intervenções desenvolvidas, dirigidas ao doente e família, tinham com objetivo prepará-los para lidarem com a doença cardiovascular após um SCA, através da realização de sessões de educação dirigidas às suas necessidades. Neste momento, também mostrei abertura para ouvir os familiares na expressão dos seus medos, angústias e fragilidades, para contribuir para o bem-estar da pessoa e família através da competência da

comunicação. Mendes (2015) que refere o processo de internamento de um dos seus membros, experienciado pela família, é de sofrimento acrescido, uma vez que a família reporta toda uma vivência conjunta de processos e dá relevo a um processo de transição situacional vivenciado pela família que deve estar presente na esfera do processo de cuidados do enfermeiro.

A prestação de cuidados deve ser humanizada, requerendo um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde à pessoa doente, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais Backes et al.(2006). As intervenções de enfermagem constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistematizado da prestação de cuidados, transferindo para o campo clínico o pensamento, o planeamento e a definição da estratégia terapêutica (Abreu, 2011). Para Benner (2001) a aquisição do conhecimento e a construção de saberes através do saber fazer acontece ao longo do tempo, em que a experiência é considerada um elemento fulcral, pois é através desta que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado.

De forma a fundamentar este relatório em conhecimentos baseados em evidência, foi realizada uma RIL intitulada **“Intervenções de enfermagem especializadas à PSC submetida a angioplastia por SCA e à família”**, que pretendia determinar o conhecimento atual sobre as intervenções especializadas de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a angioplastia por SCA e à família, desde o momento do internamento até à alta, em que alguns dos resultados obtidos foram integrados ao longo deste relatório. Importa salientar, que neste momento, a RIL encontra-se em fase de conclusão, para posterior publicação.

Durante o período de estágio, participei no III congresso internacional de cuidados intensivos e unidades intermédias do Centro Hospitalar do Porto (anexo II), onde foi debatido o doente crítico numa perspetiva multidisciplinar, que me permitiu contactar com a atualidade do estado da arte. Neste congresso foram expostas diversas temáticas pertinentes e baseadas em evidência científica recente, na minha área de interesse, tais como: o doente crítico com patologia cardiovascular no SU, particularidades da doença coronária, controvérsias dos SCA relativamente à

terapêutica e aos biomarcadores a utilizar, intervenção percutânea na doença estrutural, o coração no doente crítico na VVC e reabilitação cardiovascular. Todas elas foram essenciais e subsidiaram o desenvolvimento e sedimentação de conhecimentos e intervenções de enfermagem relativos à prestação de cuidados à PSC com doença cardíaca.

Após o término dos estágios, fui convidado a participar com uma preleção, numa das mesas redondas do I Workshop de Enfermagem na Cardiologia: da Prevenção à Reabilitação (anexo III) do hospital em que exerço funções. Esta teve como título “**Desafios de um Serviço de Urgência**” e como principais pontos: comunicar a importância do reconhecimento e avaliação da dor torácica no SU, de identificar o tratamento da dor torácica e analisar as intervenções especializadas de enfermagem na abordagem da PSC com doença cardíaca.

A escolha desta temática foi motivada pela vontade em me articular com a minha instituição, de forma a poder desenvolver projetos que tornem a prestação de cuidados de enfermagem benéficos, adequados e fundamentados à PSC, que recorre ao SU por SCA, realiza angioplastia e regressa ao SU. Procuro assim, baseado em evidência científica atual, intervir como agente formador junto dos meus pares e da instituição, com vista à melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem, para que isso se possa manifestar em resultados positivos e ganhos em saúde para os doentes.

Neste sentido, encontro-me a planear uma intervenção formativa no serviço onde exerço funções, acerca dos dispositivos de compressão mecânica utilizados no tratamento ao doente com EAM após angioplastia. Pretendo abordar a técnica de compressão mecânica radial ou femoral, com vista a explicar a indicação clínica e os cuidados de enfermagem especializados para esta técnica, com maior incidência para a primeira, porque no meu contexto laboral a artéria radial é o local de punção elegido para a maioria dos doentes que regressam ao SU após realização de angioplastia. Este objetivo surgiu da necessidade manifestada por alguns colegas de trabalho, que sentiam exatamente o mesmo que eu, antes da realização do meu percurso neste mestrado, nomeadamente a pouca formação e informação, relativa a esta temática específica. De momento, no meu contexto laboral, sinto que sou um elemento de referência junto dos meus colegas no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente que regressa da sala de hemodinâmica após ter sido submetido a angioplastia por SCA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório resulta do culminar de um percurso académico orientado à obtenção do grau de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC e ao nível de proficiente de acordo com o proposto por Benner na área da PSC. Este percurso foi de extrema importância para mim, pois levou-me a pesquisar sobre a temática em estudo, de forma a realizar um percurso de aprendizagem fundamentado, permitindo o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Pelo que, este relatório de estágio pretende demonstrar e partilhar a aquisição e desenvolvimento das competências científicas, técnicas, humanas e culturais, que desenvolvi ao longo do curso de mestrado.

Na base deste relatório estão os estágios desenvolvidos no terceiro semestre, em locais de vanguarda técnica, tecnológica e científica na intervenção cardiológica em Portugal. Os diferentes estágios permitiram-me conhecer realidades organizacionais e profissionais, diferentes da minha prática clínica habitual. Estes foram ricos em oportunidades de aprendizagem, que me permitiram adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, competências e habilidades práticas e a capacidade de reflexão, inerentes ao meu desempenho. Também o desenvolvimento do pensamento crítico e de capacidades reflexivas é indubitavelmente uma mais-valia na prestação de cuidados, bem como na evolução de um profissional crítico-reflexivo, ou seja, um enfermeiro que pensa criticamente e reflete sobre a sua prática.

A profissão e a disciplina de Enfermagem têm lutado durante décadas para definir o exercício da prática de cuidados. Em que é requerido que os enfermeiros integrem o conhecimento teórico e o transfiram para a prática quotidiana, exigindo a aquisição e desenvolvimento de competências, com vista à prestação de cuidados de saúde eficientes e de qualidade.

Com a realização deste relatório foram desenvolvidas competências comuns e específicas na abordagem da PSC submetida a angioplastia por SCA e à família, desde a hospitalização até à alta, sustentando-as no modelo teórico das Transições de Afaf Meleis.

O trabalho desenvolvido reflete a evidência científica, produzida nos últimos anos, que sustenta uma PBE na prestação de cuidados especializados adequados e dirigidos às necessidades dos doentes que vivenciam processos de saúde ou doença crítica com falência orgânica. Mas pretende, de igual forma, elencar as intervenções de enfermagem especializadas que devem ser desenvolvidas junto do doente, família e comunidade, com vista a facilitar o processo de transição para a alta, para que este seja o mais eficiente e efetivo possível. Segundo Crisp et al. (2014, p.10), “tratamentos atempados, serviços com qualidade elevada e práticas baseadas nas evidências científicas beneficiam os doentes – e, além disso, reduzem o desperdício e a despesa. A tónica deve colocar-se na melhoria contínua da qualidade, aplicando-se, de forma sistemática, a evidência de práticas comprovadas, sempre e em todos os domínios”.

Analizando os locais de estágio e as atividades desenvolvidas em cada um, posso afirmar que, de uma forma geral, os objetivos a que me propus foram atingidos com sucesso. Não podendo deixar de salientar a importância dos orientadores e dos locais de estágio, que permitiram a minha integração na equipa multidisciplinar e me proporcionaram inúmeras oportunidades de aprendizagem.

No SU, visto este ser o meu contexto laboral, durante o estágio procurei focar-me mais na minha temática da PSC, pelo que fiz a maioria dos turnos na sala de reanimação, onde pude prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência multiorgânica, estabelecer uma monitorização eficaz e adequada do estado hemodinâmico, assim como identificar e diagnosticar complicações relacionadas com SCA, respondendo de forma apropriada e fundamentada. Foi-me possível, também, avaliar e gerir a dor da PSC por SCA, desenvolvendo competências na administração de analgesia de acordo com protocolos terapêuticos. As intervenções implementadas visavam o conforto, bem-estar e segurança da PSC e da família, em que promovi apoio emocional, através de uma comunicação assertiva e eficaz.

Apesar de, durante o estágio no SU, não ter tido a oportunidade de ver ativada uma situação de VVC, na minha prática laboral, enquanto enfermeiro da VMER, já tive essa oportunidade, funcionando esta via como um “corredor” de acesso direto ao SH, permitindo reduzir o tempo entre o início da dor e o início da angioplastia, que traduz ganhos em saúde e em qualidade de vida para os doentes.

Na minha passagem pelo SH tive a oportunidade de colaborar e intervir na

prestação de cuidados especializados à PSC por SCA, na sala de hemodinâmica, nomeadamente na preparação da sala e do doente, monitorização hemodinâmica do doente, promoção da hemóstase do local de punção, através de compressão manual e mecânica, no controlo da dor e promoção do conforto e, por fim, na transferência interna do SH para a UCI, dos doentes submetidos a angioplastia. Ainda no SH, pude assistir e colaborar nas intervenções educativas e recomendações na transição para a alta de doentes submetidos a coronariografia eletiva e diagnóstica.

Na UCI pude adquirir e desenvolver um conjunto de competências muito específicas relativas à prestação de cuidados a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O meu foco principal neste contexto foi a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC por SCA, na antecipação da instabilidade hemodinâmica relacionada com a angioplastia, através da sua monitorização, em que tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com técnicas de suporte cardíaco que me eram desconhecidas, tendo proporcionado momentos de aprendizagem desafiantes e estimulantes. As complicações decorrentes da angioplastia foram um dos pontos mais abordados no meu relatório, porque o controlo e redução das mesmas está intimamente associado à redução do tempo de internamento e de custos económicos, assim como ao aumento da qualidade de vida e sensação de conforto e bem-estar dos doentes.

Nos estágios em UCI, também desenvolvi competências e habilidades especializadas na avaliação e gestão da dor, na promoção de bem-estar e conforto ao doente e, por fim, promovi a integração da família nos cuidados prestados à PSC, forneci-lhes apoio emocional.

Durante a hospitalização, as intervenções de enfermagem que conduzem a melhores resultados na prestação de cuidados aos doentes com SCA submetido a angioplastia são a adaptação à sua nova condição física e funcional através da reabilitação cardíaca, adaptação ao processo de transição saúde/doença, preparação da transição para a alta, realização de intervenções educativas, gestão da terapêutica e apoio às respostas psicossociais.

O enfermeiro devido à sua condição de proximidade com o doente e família é um agente fulcral na prestação de cuidados, devendo envolver o doente e a família e a comunidade (rede de apoio social), pois a parceria de cuidados está associada a bons resultados.

Em todos os contextos de estágio, os cuidados de enfermagem prestados à

PSC exigem uma postura ética, de respeito pelas crenças e valores, e o reconhecimento da pessoa enquanto detentora de direitos, responsabilidades, mas também, potencialidades. Quando surge uma situação de doença, e sobretudo quando esta é uma situação crítica, não é só a PSC que fica vulnerável física e psicologicamente, a sua família também fica, pelo que cuidar da PSC na sua globalidade implica não descurar a sua família, mas sim integrá-la no processo de cuidar.

Ao longo deste relatório, a minha prestação de cuidados foi sustentada na teoria das transições de Meleis et al. (2000) que norteou a minha pesquisa bibliográfica e orientou a minha reflexão. O conceito de “transição” passou a ser estruturante, não só para a elaboração deste relatório, mas também para a minha prática clínica, desta forma, a consistência da atenção às transições requer a definição de indicadores processuais e de resultados das intervenções de enfermagem. Com base na teoria de Meleis et al. (2000), o enfermeiro deve facilitar os processos de transição, constituindo um foco importante da disciplina de enfermagem.

Relativamente ao modelo de desempenho de prática clínica, o referencial norteador foi o modelo de *Dreyfus* aplicado à enfermagem por Benner (2001), que pretende ser representativo do processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Sinto que o trabalho desenvolvido, ao longo deste mestrado, permitiu o meu crescimento pessoal e profissional, pela aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades, numa área de intervenção específica e autónoma de enfermagem, baseadas em evidência e numa reflexão crítica permanente.

Neste percurso académico, foi igualmente importante ultrapassar as dificuldades sentidas, que na sua maioria estavam relacionadas com a complexidade deste trabalho, associado ao défice inicial de conhecimentos nesta área, assim como à dificuldade em selecionar e sintetizar conteúdos numa temática tão vasta. No desenrolar dos estágios também foram surgindo dificuldades, designadamente, pela necessidade de uma rápida adaptação e integração a serviços com dinâmicas e metodologias de trabalho diferentes das que eu estou habituado no meu dia-a-dia, assim como pela utilização de técnicas e tecnologias por mim desconhecidas até à realização dos estágios. Outra dificuldade a salientar é o facto de muita da bibliografia consultada e referenciada ser em inglês, não sendo esta uma língua que eu domine. Considero ainda importante mencionar que é na superação das

dificuldades que desenvolvemos mecanismos e estratégias com vista a ultrapassar adversidades e obstáculos, contribuindo assim para a melhoria da nossa prática clínica.

Realço que os projetos iniciados neste percurso não se encontram finalizados com o culminar deste relatório, apenas serviram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, através do desenvolvimento de conhecimentos e competências, que servirão como alicerces para abraçar projetos futuros. Nos quais sinto a responsabilidade acrescida de ser um elemento de referência e manter os níveis de conhecimento, para prestar cuidados de enfermagem especializados, centrados nas necessidades das pessoas e baseados em evidência científica vigente.

Por fim, tendo em conta o percurso realizado em estágio, que foi descrito e refletido neste trabalho, penso ter colaborado, de alguma forma, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, atuando como agente facilitador no processo de transição saúde/doença à PSC submetida a angioplastia por SCA e à família. Pelo que considero ter atingido os objetivos e competências do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em PSC da ESEL (2010), bem como, as competências do 2º ciclo de estudos dos descritores de Dublin (Direção Geral Ensino Superior, 2008) e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista de acordo com a OE (2010a; 2010b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aamir, S., Mohammed, S., & Sudhir, R. (2016). Transradial approach for coronary procedures in the elderly population. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(9), 798–806. <http://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2016.09.002>
- Abreu, W. C. de. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais* (2ª). Coimbra: Formasau.
- Aehlert, B. (2007). *Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia*. (Advanced Cardiac Life Suport - ACLS, Ed.) (1ª). Rio de Janeiro: Elsevier-Mosby.
- Alarcão, I. (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Al Sadi, a. K. a, Omeish, a. F. Y., & Al-Zaru, I. M. (2010). Timing and predictors of femoral haematoma development after manual compression of femoral access sites. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(8), 620–625.
- Albert, N. M., Paul, S., & Murray, M. (2012). Complexities of care for patients and families living with advanced cardiovascular diseases. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(2), 103–113. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=108163540&site=ehost-live>
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student course manual* (Ninth). Chicago: American College of Surgeons.
- Andersen, K., Bregendahl, M., Kaestel, H., Skriver, M., & Ravkilde, J. (2005). Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 123–127. <http://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.02.003>
- Andersson, E. K., Borglin, G., Sjöström-Strand, A., & Willman, A. (2013). Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(4), 864–871. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x>
- Backes, D. S., Lunardi Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista Da*

Escola de Enfermagem Da U S P., 40(2), 221–227.
<http://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200010>

- Bastos, A. S., Beccaria, L. M., Contrin, L. M., & Cesarino, C. B. (2012). Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Revista Brasileira De Cirurgia Cardiovascular*, 27(3), 411–418. <http://doi.org/10.5935/1678-9741.20120070>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Q. Coimbra, Ed.) (A. Queirós). Coimbra.
- Bettger, J. P., Alexander, K. P., Dolor, R. J., Olson, D. M., Kendrick, A. S., Wing, L., ... Duncan, P. W. (2012). Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 157(6), 407–416. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00004>
- Bhat, F. A., Chungal, K. H., Raina, H., Trambo, N. A., & Rather, H. A. (2017). Transradial versus transfemoral approach for coronary angiography and angioplasty - A prospective, randomized comparison. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 23. <http://doi.org/10.1186/s12872-016-0457-2>
- Campos, A. C. de. (2016). *Infeções associadas a cuidados de saúde*. Apifarma. Retrieved from <http://www.apifarma.pt/Documentos ENews/Estudo IACS Contributo MDiV - APIFARMA.compressed.pdf>
- Caputo, R. P., Tremmel, J. A., Rao, S., Gilchrist, I. C., Pyne, C., Pancholy, S., ... Patel, T. (2011). Transradial arterial access for coronary and peripheral procedures: Executive summary by the transradial committee of the SCAI. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 78(6), 823–839. <http://doi.org/10.1002/ccd.23052>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)
- Cherlin, E. J., Curry, L. A., Thompson, J. W., Greysen, S. R., Spatz, E., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2013). Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 436–443. <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2234-y>
- Cohen, M. G., & Alfonso, C. (2009). Starting a transradial vascular access program in

- the cardiac catheterization laboratory. *The Journal of Invasive Cardiology*, 21(8 Suppl A), 11A–17A. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19734569>
- Conejo, F., Santos, L., Ribeiro, H., Campos, C., Pozetti, A., Lopes Junior, A., ... Marchiori, G. (2011). Evolução hospitalar de pacientes submetidos a assistência circulatória com Balão Intra-Aórtico durante intervenção Coronária Percutânea de alto risco: registro InCor. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 19(4), 392–399. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbci/v19n4/v19n4a08.pdf>
- Cooper, C. J., El-Shiekh, R. A., Cohen, D. J., Blaesing, L., Burket, M. W., Basu, A., & Moore, J. A. (1999). Effect of transradial access on quality of life and cost of cardiac catheterization: A randomized comparison. *American Heart Journal*, 138(3 Pt 1), 430–436. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10467191>
- Costa, G. R., Cardoso, S. de B., Sousa, L. L., Soares, T. R., Ferreira, A. K. A., & Lima, F. F. (2014). Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar*, 7(3), 157–164. Retrieved from http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/468/pdf_149
- Costa Junior, Á. L., Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mudim, L., Penatti, T., & Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 271–284. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200013>
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde*. (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.).
- Cruden, N. L. M., Teh, C. H., Starkey, I. R., & Newby, D. E. (2007). Reduced vascular complications and length of stay with transradial rescue angioplasty for acute myocardial infarction. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 70(5), 670–675. <http://doi.org/10.1002/ccd.21182>
- CUF. (n.d.). Triagem de Manchester. Retrieved from <https://www.saudecuf.pt/areas-clinicas/atendimento-permanente/triagem-de-manchester>
- Cypress, B. S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: a phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(5), 273–80.

<http://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001>

- Dal Piva, C., Vaz, E., Moraes, M. A., Goldmeyer, S., Linch, G. F. D. C., & Souza, E. N. De. (2014). Desconfortos Relatados Pelos Pacientes Após Cateterismo Cardíaco Pelas Vias Femoral ou Radial. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 22(1), 36–40. <http://doi.org/10.1590/0104-1843000000008>
- Direção Geral da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2013). Retrieved from http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, (Norma 002/2015), 1–22.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015*. (Direção Geral da Saúde, Ed.). Lisboa. Retrieved from www.dgs.pt
- Direção Geral Ensino Superior. (2008). Descritores Dublin (2º ciclo). Retrieved from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Orientações Programáticas. Retrieved from www.dgs.pt
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing*. (Elsevier-Mosby, Ed.) (2ª). Sydney: Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2014). *Regulamento de Mestrado*. (ESEL, Ed.). Lisboa.
- Feldman, R. S. (2007). *Introdução à Psicologia*. (McGraw Hill, Ed.) (6ª). New York.
- Ferreira, R. C. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Ed.) *Coordenação Nacional para Doenças Cardiovasculares* (1ª). Lisboa. Retrieved from <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>
- Ferreira, R. C. (2015). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015*. (Direção Geral da Saúde, Ed.). DGS.
- Fragata, J. (2009). *Procedimentos em Cirurgia Cardiotorácica* (1ª). Lisboa: LIDEL.

- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2008). Sobre a reabilitação cardíaca. Retrieved July 20, 2015, from http://www.fisiocardia.com/site/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=39
- Gallagher, R., & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. In Elsevier-Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing* (2nd ed., pp. 215–250). Sydney: Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN).
- Garcia, R. P., Budó, M. de L. D., Simon, B. S., Wünsch, S., Oliveira, S. G., & Barbosa, M. da S. (2013). Vivências da Família após Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista Gaúcha De Enfermagem / EENFUFGRS*, 34(3), 171–178. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24344600&site=ehost-live>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. Da. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery*, 13(1), 188–193. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>
- Gouvêa, V. E., Reis, M. A. M., Gouvêa, G. M., Lima, H. N., & Abuabara, A. (2015). Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. *Internacional Journal of Cardiovascular*, 28(2), 107–113.
- Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 36–44. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00649.x>
- Heer, R. (2012). A Model of Learning Objectives. *Iowa State University - Center for Excellence in Learning and Teaching*, 1–3. http://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_2
- Humphrey, R., Guazzi, M., & Niebauer, J. (2014). ScienceDirect Cardiac Rehabilitation in Europe. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(5), 551–556. <http://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.08.004>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida, 432.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). *Abordagem à Vítima* (1ª). INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Transporte do Doente Crítico*. (INEM, Ed.) (1ª).

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). Informação aos Órgãos de Comunicação Social. Retrieved from http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28809¬iciaId=55478&pastaNoticiasReqId=28807
- Jolly, S. S., Amlani, S., Hamon, M., Yusuf, S., & Mehta, S. R. (2009). Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Heart Journal*, 157(1), 132–140. <http://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.08.023>
- Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., van Dantzic, J. M., Jaarsma, W., ... Peters, R. J. G. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart (British Cardiac Society)*, 99(19), 1421–1430. <http://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-303989>
- Knebel, A., Cardoso, C., Rodrigues, L. H., Gomes, R., Quadros, A., & Gottschall, C. (2008). Safety and Feasibility of Transulnar Cardiac Catheterization. *Texas Heart Institute Journal*, 35(3), 268–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565534/pdf/20080900s00008p268.pdf>
- Levine, C., Albert, S. M., Hokenstad, A., Halper, D. E., Hart, A. Y., & Gould, D. a. (2006). “This case is closed”: Family caregivers and the termination of home health care services for stroke patients. *Milbank Quarterly*, 84(2), 305–331. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00449.x>
- Lima, L. R. De, Pereira, S. V. M., & Chianca, T. C. M. (2006). Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós - cateterismo cardíaco - contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm - REBEn*, 59(1), 285–290.
- Lima, Lacerda, M., Gonçalves, R., Alencar, C., Souto, S., Almeida, F., ... Vieira, R. (2014). O manejo da dor torácica na sala de emergência: Revisão da literatura Latino-Americana. Retrieved March 16, 2017, from <http://www.efdeportes.com/efd188/o-manejo-da-dor-toracica-na-emergencia.htm>
- Linch, G. F. da C., Guido, L. de A., Pitthan, L. de O., & Umann, J. (2009). Unidades de Hemodinâmica: a produção do conhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 30(4), 742–749. <http://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400022>

- Lino, I., Garcia, J., & Costa, S. (2009). Via Verde coronária - uma perspectiva de actuação pré-hospitalar. *Via Verde Para a Vida*, (25), 15.
- Lourenço, C., António, N., Santos, L., Teixeira, R., Costa, S., Matos, V., ... Providência, L. A. (2009). Resultados da utilização rotineira de catéteres 4F no cateterismo diagnóstico num laboratório de hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28(12), 1377–1392.
- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A., Waidman, M. A., Oliveira, M. L., & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 14, 116–124.
- Maria, A., & Ferreira, C. (2011). A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4(1), 50–56. Retrieved from http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/rev/rev2_v4n1.pdf
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I., & Barbieri-Figueiredo, M. (2012). Enfermagem e Famílias: concepções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44–54). Porto. Retrieved from http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- McKinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, M. E., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2012). Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(10), 2320–2330. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05933.x>
- McMurray, J. J. V, Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Zeiher, A. (2013). Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(7–8), e1-641-e61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22611136>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos: Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. (Lusodidacta, Ed.) (1ª). Loures.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão

integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Mimoso, J. (2006). Evidência da Terapêutica Médica Combinada após a Síndrome Coronária Aguda. *Rev Port Cardiol*, 25(12), 1121–1124.

Mohammady, M., Atoof, F., Sari, A. A., & Zolfaghari, M. (2013). Bed rest duration after sheath removal following percutaneous coronary interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 1–10. <http://doi.org/10.1111/jocn.12313>

Moser, D., & Riegel, B. (2008). Care of patients with acute coronary syndrome: ST-segment elevation myocardial infarction. In S. Elsevier (Ed.), *Cardiac nursing: A companion to Braunwald's heart disease*. St Louis.

Nikolaou, N. I., Arntz, H.-R., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L., & Cariou, A. (2015). European resuscitation council Guidelines for resuscitation 2015: Initial management of acute coronary syndromes. *Resuscitation*, 95, 264–277. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>

Nolan, J. P., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moolaert, V. R. M., Deakin, C. D., ... Sandroni, C. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for post-resuscitation care 2015: Section 5 of the European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 202–222. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.018>

O'Grady, E. (2007). *A nurse's guide to caring for cardiac intervention patients*. (L. John Wiley & Sons, Ed.) (1ª). West Sussex.

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., ... Saint, S. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*, 52(9), e162–e193. <http://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 10.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Pessoa Em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Ed.). Retrieved from http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Pereira, I. C. B. F. (2013). *O Regresso a Casa: Estrutura da ação de enfermagem*. (U. C. Editora, Ed.) (1ª). Lisboa. Retrieved from [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/164/1/Enformação 18.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/164/1/Enformação%2018.pdf)
- Petronilho, F. A. S. (2010). A Transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação Em Enfermagem*.
- Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares. (2016). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015. (Direcção-Geral da Saúde, Ed.) *Direcção Geral Da Saúde*, 92. Retrieved from <http://www.dgs.pt>
- Rathore, S., Stables, R. H., Pauriah, M., Hakeem, A., Mills, J. D., Palmer, N. D., ... Morris, J. L. (2010). A randomized comparison of TR band and radistop hemostatic compression devices after transradial coronary intervention. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 76(5), 660–667. <http://doi.org/10.1002/ccd.22615>
- Reid, J., Ski, C. F., & Thompson, D. R. (2013). Psychological Interventions for Patients with Coronary Heart Disease and Their Partners: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 8(9). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0073459>
- Rezaei-Adaryani, M., Ahmadi, F., Mohamadi, E., & Asghari-Jafarabadi, M. (2009). The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 417–424. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04889.x>
- Rinfret, S., Kennedy, W. A., Lachaine, J., Lemay, A., Rodés-Cabau, J., Cohen, D. J., ... Bertrand, O. F. (2010). Economic Impact of Same-Day Home Discharge After

- Uncomplicated Transradial Percutaneous Coronary Intervention and Bolus-Only Abciximab Regimen. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 3(10), 1011–1019. <http://doi.org/10.1016/j.jcin.2010.07.011>
- Rodrigues, L. M. de O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rolley, J. X., Davidson, P. M., Salamonson, Y., Fernandez, R., & Dennison, C. R. (2009). Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention: A patient journey approach. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2394–2405. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02768.x>
- Rotondi, A. J., Sinkule, J., Balzer, K., Harris, J., & Moldovan, R. (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 14–25. <http://doi.org/10.1097/00001199-200701000-00002>
- Ryan, K., Greenslade, J., Dalton, E., Chu, K., Brown, A. F. T., & Cullen, L. (2016). Factors associated with triage assignment of emergency department patients ultimately diagnosed with acute myocardial infarction. *Australian Critical Care : Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(1), 23–6. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.05.001>
- Sá, F. L. G. de, Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Santos, I. de S., Goulart, A. C., Brandão, R. M., Santos, R. C. de O., Bittencourt, M. S., Sitnik, D., ... Bensenor, I. M. (2014). Mortalidade em um Ano após Evento Coronário Agudo e seus Preditores Clínicos: O estudo ERICO. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. <http://doi.org/10.5935/abc.20150044>
- Santos, J., & Piaggi, L. F. D. (2010). Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. *Revista Mineira de Ciências Da Saúde*, (2), 43–51.
- Schiks, I. E. J. M., Schoonhoven, L., Aengevaeren, W. R. M., Nogaerde-Hoekstra, C., Van Achterberg, T., & Verheugt, F. W. A. (2009). Ambulation after femoral sheath removal in percutaneous coronary intervention: A prospective comparison of early vs. late ambulation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1862–1870. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02587.x>

- Shoulders-Odom, B. (2008). Management of patients after percutaneous coronary interventions. *Critical Care Nurse*, 28(5), 26.
- Simões, S. C. A., & Grilo, E. N. (2012). Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, (31), 18–23. Retrieved from http://www.ulsab.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf
- Souza, M. T. De, Dias, M., & Carvalho, R. De. (2010). Revisão integrativa : o que é e como fazer. *Eisntein*, 8, 102–106.
- Sulzbach-Hoke, L. M., Ratcliffe, S. J., Kimmel, S. E., Kolansky, D. M., & Polomano, R. (2010). Predictors of complications following sheath removal with percutaneous coronary intervention. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), E1–E8. <http://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c83f4b>
- Tongsai, S., & Thamlikitkul, V. (2012). The safety of early versus late ambulation in the management of patients after percutaneous coronary interventions: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1084–1090. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.012>
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.05.054>
- Umann, J., Linch, G. F. C., Guido, L. D. A., Andolhe, R., Delavechia, R. P., & Muller, L. (2007). Cuidado Ao Adulto Submetido a Cateterismo Cardíaco: Enfoque Nas Complicações. *Revista Aben Nacional*, (131), 15. Retrieved from <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.131.pdf>
- Voogdt-Pruis, H. R., Van Ree, J. W., Gorgels, A. P. M., & Beusmans, G. H. M. I. (2011). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 798–807. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.008>
- Winkler, C., Funk, M., Schindler, D. M., Hemsey, J. Z., Lampert, R., & Drew, B. J. (2013). Arrhythmias in patients with acute coronary syndrome in the first 24 hours of hospitalization. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 42(6), 422–427. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.07.010>
- Young, S. (2014). Coronary angioplasty: Patient management and nursing care. *British Journal of Cardiac Nursing*, 9(9), 430–435. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012804029&s>

ite=ehost-live.

ANEXOS

Anexo I

Certificado de competência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Departamento de Formação em Emergência Médica

De acordo com a Portaria nº 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência



**VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA
E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS**

21 de Maio de 2016

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Certifica-se que

Luís Carlos Martins de Almeida

Nascido a 24 de Janeiro de 1984, em Cadima, de nacionalidade PORTUGAL, portador do N° de Identificação Civil 12480581, concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de VMER.

Lisboa, 21 de Maio de 2016

**Departamento de Formação
em Emergência Médica**


(Fátima Rato, Dra.)

Certificado n.º: 1/1/081-1.0-0312/35085/2016
Válido por 5 anos

Mod.INEM.279/1





VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

Modalidade da Formação:

Formação inicial.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);
- Módulo de Emergências Médicas (17h);
- Módulo de Emergências de Trauma (17h);
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção (16h);
- Estágios (35h).

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Anexo II

Certificado de participação no III Congresso Internacional Cuidados Intensivos e
Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto



III CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E
UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
XIII CONGRESSO DO
ARCO IBEROATLÂNTICO

1 e 2 - FEVEREIRO - 2016
MATOSINHOS

Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

Luís Almeida

Esteve presente no **III Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 1 e 2 de Fevereiro de 2016.

ASCI VERIFICATION CODE
qrna7y6-vq-ENCM6-2u46vgr2upn1


António Martins

Presidente EPI


Cláudio Martins

Presidente EPI


António Almeida

Presidente EPI


João Paulo

Presidente EPI


João António

Presidente EPI



Serviço de Cuidados Intensivos



ORGANIZAÇÃO



Anexo III

Certificado de participação com preleção no I Workshop de Enfermagem na
Cardiologia: da Prevenção à Reabilitação



Certifica-se que **Luis Almeida** participou no I Workshop de Enfermagem na Cardiologia: da Prevenção à Reabilitação, que decorreu no dia 13 de maio de 2016, no auditório do Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE. Certifica-se também que realizou a prelecção "Desafios de um Serviço de Urgência" numa das mesas redondas do evento.

Amadora, 16 de maio de 2016

P'la Comissão Organizadora

